



Universidade Federal do Ceará

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO MESTRADO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

MÔNICA MARIA PAIVA LIMA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES NO CEARÁ:
ATUAÇÃO DA CENTRAL ESTADUAL E DAS COMISSÕES INTRA-
HOSPITALARES**

**FORTALEZA
2011**

MÔNICA MARIA PAIVA LIMA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES NO CEARÁ:
ATUAÇÃO DA CENTRAL ESTADUAL E DAS COMISSÕES INTRA-
HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, vinculada à Linha de Pesquisa Políticas Públicas e Mudanças Sociais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

**FORTALEZA
2011**

L699a Lima, Mônica Maria Paiva

Avaliação da política nacional de transplantes no Ceará: atuação da central estadual e das comissões intra-hospitalares./ Mônica Maria Paiva de Lima. – Fortaleza, 2011.

119f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga.
Dissertação (Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas) -
Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em
Avaliação de Políticas Públicas.

1. Avaliação de Políticas de Saúde. 2. Política Nacional de
Transplantes. 3. Captação e Doação. 4. I. Fraga, Maria de Nazaré de
Oliveira Fraga (Orient.) II. Título.

CDD: 361.613

MÔNICA MARIA PAIVA LIMA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES NO CEARÁ:
ATUAÇÃO DA CENTRAL ESTADUAL E DAS COMISSÕES INTRA-
HOSPITALARES**

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMIDORA:

Profª Drª Maria de Nazaré de Oliveira Fraga (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Profª Drª Lúcia de Fátima da Silva (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará

Drª Maria Suêuda Costa (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Nas décadas recentes, os transplantes tiveram um profundo impacto no cuidado dos pacientes em estágio final de diversos tipos de doenças. No Brasil, as políticas públicas relacionadas com as pessoas que necessitam de transplante carecem de avaliações aprofundadas para desenvolvimento e aplicação de políticas públicas. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a atuação da Central de Notificação de Transplantes do Estado do Ceará (CNCDO) e das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs) de Fortaleza, instâncias consideradas decisivas na operacionalização da Política Nacional de Transplantes no território do Ceará. A pesquisa foi realizada utilizando dados secundários e primários, tanto quantitativos quanto qualitativos, sendo desenvolvida no período de julho de 2010 a fevereiro de 2011. Foi realizada entrevista com a presidente da CNCDO, aplicado um formulário com 12 coordenadoras das CIHDOTTs e realizadas observações estruturadas em três CIHDOTTs. Destacam-se entre os resultados: CNCDO sobrecarregada e realizando atividades da alçada das CIHDOTTs; CIHDOTTs com equipes reduzidas e predomínio de enfermeiras, atuando essencialmente na busca ativa de potenciais doadores; a recusa dos familiares sendo a grande responsável pela não confirmação de significativo número de doações; identificadas fragilidades nas ações de campanha, qualificação e planejamento conjunto da CNCDO com as CIHDOTTs; ambas ressentem-se de maior apoio dos profissionais de saúde e dos gestores dos hospitais e também da falta de equipamentos e espaço físico apropriado; o grande dispêndio de energia da CNCDO e das CIHDOTTs resulta em números ínfimos de efetivas doações; há dificuldades no processo de identificação de provável potencial doador, demora no diagnóstico de morte encefálica e em iniciar a manutenção hemodinâmica do possível doador. A indicação de que são maiores os resultados obtidos com as campanhas que privilegiam a linguagem regional confirma o pressuposto inicial de que ações educativas, por impactarem imediatamente na população, têm potencial para alavancar o processo de transplante. Concluímos que fatores humanos, estruturais e tecnológicos representam sérios entraves à execução da Política Nacional de Transplante no Estado do Ceará, com impacto pouco significativo na fila de espera, que é única para o País. Indicamos ações em diversas frentes: redirecionar as campanhas de divulgação para abordagens mais identificadas com a cultura regional e mais próxima às pessoas; cursos mais frequentes para maior sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde; desenvolvimento de estratégias para maior sensibilização dos profissionais e gestores quanto às nobres tarefas da CNCDO e das CIHDOTTs; maior número de profissionais e capacitação mais frequente deles para que realizem a detecção e diagnóstico de morte encefálica de forma precoce e mais agilmente e que assegurem a realização da manutenção hemodinâmica de quantos potenciais doadores sejam identificados.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Avaliação de Políticas de Saúde. Política Nacional de Transplantes. Captação e Doação de Órgãos. Central de Notificação de Transplantes. Comissões Intra-Hospitalares.

ABSTRACT

In recent decades, the transplants have had a profound impact on the care of end-stage patients with several kinds of diseases. In Brazil, public policies regarding people who need transplants require thorough assessments. This research aimed to evaluate the performance of the Organ Notification, Harvesting and Distribution Center of the State of Ceará (CNCDO) and Intra-hospital Commission on Organ and Tissue Donation for Transplant (CIHDOTTs) from Fortaleza, instances considered decisive in the operationalization of the National Transplant Policy in the State of Ceará. The research was conducted by using secondary and primary data, both quantitative and qualitative, developed from July 2010 to February 2011. The president of CNCDO was interviewed. It was applied a form to be filled out by 12 coordinators of CIHDOTTs and structured observations were accomplished in three CIHDOTTs. The following results had been highlighted: CIHDOTTs with reduced teams and nurse predominance; CNCDO overloaded and performing activities which belong to the CIHDOTTs; CIHDOTTs working essentially in an active search for potential donors; the family members refusal is largely responsible for the non-confirmation of a significant number of donations; it was identified fragility in campaign, qualification and joint planning actions between CNCDO and CIHDOTTs; CNCDO and CIHDOTTs resent greater support from health professionals and hospital managers and also the lack of equipment and appropriate physical space; the great expenditure of energy of CNCDO and CIHDOTTs result in an insignificant number of effective donations; there are difficulties in the process of identifying likely potential donor, delay in the diagnosis of brain death and in the beginning of the hemodynamic maintenance of the possible donor. The indication that greater results are obtained from the campaigns which favor the regional language confirms the initial assumption that educational initiatives, due to their immediate impact on the population, has the potential to leverage the transplant process. We conclude that human, structural and technological factors pose serious obstacles to the implementation of the National Transplant Policy in the State of Ceará, with little significant impact on the sole waiting list in the country. We suggest actions on several fronts: to redirect the dissemination campaigns towards approaches which are more culturally related to the region and closer to people; to offer more frequent courses to raise awareness and to improve the skills of health professionals; to develop strategies to raise awareness of professionals and managers regarding the noble task of CNCDO and CIHDOTTs; to employ more professionals and train them to perform the detection and diagnosis of brain death faster and to ensure the accomplishment of the hemodynamic maintenance efficiently.

Key words: Health Public Policy. Health Policy Evaluation. National Transplant Policy. Organ Harvesting and Donation. Transplant Notification Center. Intra-hospital Commissions.

MENSAGEM DE UM DOADOR ANÔNIMO

Não chamem o meu falecimento de leito de morte, mas de leito de vida.

Dêem minha visão ao homem que jamais viu o raiar do sol, o rosto de uma criança ou o amor nos olhos de uma mulher.

Dêem meu coração a pessoa cujo coração apenas experimentou dias infundáveis de dor.

Dêem meu sangue ao jovem que foi retirado dos destroços de seu carro, para que ele possa viver para ver os seus netos brincarem.

Dêem meus rins às pessoas que precisam de uma máquina para viver de semana em semana.

Retirem meus ossos, cada músculo, cada fibra e nervo do meu corpo e encontrem um meio para fazer uma criança inválida caminhar.

Explore cada canto do meu cérebro. Retirem minhas células, se necessário, e deixem-nas crescerem para que, um dia, um menino mudo possa ouvir o gritar em um momento de felicidade ou uma menina surda possa ouvir o barulho da chuva de encontro à sua janela.

Queimem o que restar de mim e espalhem as cinzas ao vento, para ajudarem as folhas brotarem.

Se tiverem que enterrar algo, que sejam meus erros, minhas fraquezas e todo mal, que fiz aos meus semelhantes.

Dêem meus pecados ao diabo. Dêem minha alma a Deus.

Se, por acaso, desejarem lembrar-se de mim, façam-no com ação ou palavra amiga a alguém que precise de vocês.

Se fizerem tudo que eu pedi, estarei vivo para sempre.

Ao Pedro Elder e aos meus filhos, Pedro Yuri,
Pedro Elder Filho e Raphael, pelo amor, apoio
e compreensão, razão pela qual valem todos
os meus esforços.

Dedico!

AGRADECIMENTOS

A Deus, fundamento da vida.

À Professora Doutora Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, pela sua valiosa orientação, durante o processo de realização desta dissertação.

Ao meu esposo Pedro Elder Silva Lima, por sempre acreditar na minha capacidade e me incentivar nos momentos mais decisivos da minha vida.

A todos que fazem parte do Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, professores, colegas e colaboradores, pela presteza e atenção.

À Central de Transplantes do Ceará, pelo apoio e compreensão.

Aos meus pais, pela responsabilidade na minha formação.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital Universitário Walter Cantídio que deram todo o apoio para a realização deste trabalho.

E a todos os entrevistados que participaram e colaboraram na elaboração deste trabalho.

LISTA DE FIGURA, GRÁFICOS E QUADROS

FIGURA 1 -	Estrutura organizacional do Sistema Nacional de Transplantes.....	40
GRÁFICO 1	Transplantes de coração por Unidade da Federação em 2010 (por milhão de população)	61
GRÁFICO 2	Evolução dos transplantes de coração em números absolutos, por estado, no período de 2009 a 2010.....	62
GRÁFICO 3	Comparativo do número de transplantes realizados no Ceará por órgão e tecido no período de 2006 a 2010.....	64
GRÁFICO 4	Variação de potenciais doadores e doações efetivas distribuídas ao longo de 2010.....	69
QUADRO 1 -	Caracterização das CIHDOTTs segundo os profissionais que fazem busca ativa, realizam avaliação, comunicam a CNCDO sobre morte encefálica e sensibilizam familiares de potenciais doadores de órgãos.....	79
QUADRO 2 -	Caracterização das CIHDOTTs segundo a existência de sistema informatizado para envio de notificações à central estadual, a disponibilidade de equipe e de equipamentos para diagnóstico de morte encefálica	80
QUADRO 3 -	Opinião dos coordenadores das CIHDOTTs sobre as dificuldades enfrentadas.....	81
QUADRO 4 -	Opinião dos coordenadores sobre a suficiência no tamanho das equipes das CIHDOTTs e envolvimento de profissionais de outras áreas	82
QUADRO 5 -	Opinião dos coordenadores das CIHDOTTs sobre o impacto no número de captação e doação em decorrência de campanhas	83
QUADRO 6 -	Ações desenvolvidas por equipes de plantão da CNCDO durante as observações	91
QUADRO 7 -	Ações desenvolvidas pelas CIHDOTTs durante as observações.....	93

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Lista de espera - 2009.....	29
TABELA 2 -	Transplantes realizados no período de janeiro a setembro de 2009 ..	30
TABELA 3 -	Dados globais da atividade de captação de órgãos por estado - 2009	56
TABELA 4 -	Ranking nacional de transplante por órgãos (por milhão da população) 2009.....	57
TABELA 5 -	Dados nacionais da atividade de captação de órgãos por estado - 2010	58
TABELA 6 -	Causas da não-efetivação da doação de órgãos por Estado – 2010 (Analisadas sobre o número de potenciais doadores).....	60
TABELA 7 -	Ranking nacional de transplantes realizados em 2009 com posição do Ceará em destaque (transplantes em números absolutos).....	62
TABELA 8 -	Ranking nacional de transplantes realizados em 2010 com posição do Ceará em destaque (por milhão da população)	63
TABELA 9 -	Ranking nacional de transplantes realizados em 2010 com posição do Ceará em destaque (números absolutos)	63
TABELA 10 -	Número de doadores efetivos por milhão da população no Ceará e no Brasil, entre 2006 e 2010.....	65
TABELA 11 -	Taxa de efetivação de doação no Brasil e no Ceará de 2009 a 2010	65
TABELA 12 -	Comparativo do número de transplantes realizados no Ceará no período de 2009 a 2010	66
TABELA 13 -	Número de órgãos e tecidos disponibilizados e recebidos pela CNCDO/CE - janeiro a dezembro de 2010.....	66
TABELA 14 -	Comparativo da evolução das notificações de potenciais doadores – Hospital "A" e outros hospitais – período: janeiro e fevereiro de 2008, 2009 e 2010.....	67
TABELA 15 -	Comparativo das doações efetivadas pelo hospital "A" e outros hospitais – período: janeiro e fevereiro de 2008, 2009 e 2010.	68
TABELA 16 -	Comparativo mensal entre o número de potenciais doadores e o de doadores efetivos no Ceará no período de 2009 a 2010.....	68
TABELA 17 -	Notificações de potenciais doadores e doações efetivas - 2010	70
TABELA 18 -	Projeção de potenciais doadores e doações efetivas em 2010 de acordo com as taxas esperadas para os hospitais com CIHDOTTs no Ceará.....	72
TABELA 19 -	Caracterização dos coordenadores das CIHDOTTs segundo sexo, idade, estado civil e profissão.....	73

TABELA 20 - Caracterização das coordenadoras das CIHDOTTs segundo a instituição e tempo de formatura	74
TABELA 21 - Caracterização das coordenadoras das CIHDOTTs segundo o cargo que ocupam na instituição hospitalar, tempo de atuação na comissão, carga horária dedicada e realização anterior de treinamento.....	74
TABELA 22 - Caracterização das instituições pesquisadas segundo o tipo, categoria, especialidade, total de leitos, número de leitos em UTI e tempo de funcionamento da CIHDOTT em 2010	76
TABELA 23 - Caracterização das CIHDOTTs segundo a profissão do coordenador, tempo de funcionamento, número e categoria profissional dos integrantes, frequência de identificação de possíveis doadores.....	77
TABELA 24 - Quantitativos de atividades realizadas pela CNCDO do Ceará e CIHDOTTs dos hospitais "E", "A" e "F" durante o período observado.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
CGSNT	Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplante
CIHDOTT	Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNNCDO	Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNT	Central Nacional de Transplantes
EEG	Eletroencefalograma
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
HLA	Abreviatura em inglês para Antígenos Leucocitários Humanos
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
OPO	Organização de Procura de Órgãos e Tecidos
PMP/ANO	Por milhão de população por ano
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
Objeto de estudo.....	15
Objetivos.....	21
Justificativa	22
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1 Histórico e panorama atual dos transplantes.....	26
2.2 Considerações gerais sobre transplantes.....	33
2.3 A política nacional de transplantes	37
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
3.1 Tipo de pesquisa.....	47
3.2 Técnicas de coleta de dados	49
3.3 Organização dos dados e análise dos resultados.....	53
3.4 Procedimentos éticos.....	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1 Dados de transplantes no Brasil e no Ceará.....	56
4.2 Caracterização das CIHDOTTs e instituições hospitalares.....	73
4.3 Dinâmica de atuação da CNCDO no Ceará e das CIHDOTTs	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES.....	108
ANEXO.....	119

INTRODUÇÃO

Objeto de estudo

A possibilidade de salvar vidas humanas por meio do transplante de órgãos e tecidos advindos de outros indivíduos vem se tornando uma alternativa terapêutica cuja segurança tem aumentado progressivamente.

Os transplantes de órgãos passaram a apresentar um desenvolvimento mais acentuado a partir de década de 50 do século XX, concomitante com o aperfeiçoamento dos princípios basilares da cirurgia, como a evolução dos instrumentos e equipamentos cirúrgicos. Também foram determinantes neste processo: o surgimento dos antibióticos, o desenvolvimento de novas técnicas em anestesiologia e o advento de novas drogas que combatem a rejeição ao órgão transplantado.

Os transplantes de órgãos iniciaram-se nos Estados Unidos da América em 1954, quando foi realizado o primeiro transplante humano de rim. O primeiro transplante humano hepático ocorreu também nos Estados Unidos, em Denver, em 1963 (COELHO, 1997; MARINHO, 2006).

No Brasil, o primeiro transplante humano de rim ocorreu em 1965 (COELHO, 1997; MARINHO, 2006) e o primeiro transplante de fígado foi realizado em 1968 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), pela equipe do Prof. Dr. Marcel Cerqueira César Machado. Ainda, somente em 1985 se conseguiu sucesso com o transplante hepático, em cirurgia realizada também em São Paulo, pelo Prof. Dr. Silvano Raia. Como se percebe, os investimentos iniciais nessa alternativa terapêutica demoraram a obter o êxito perseguido por cerca de duas décadas.

Desde então, houve importante evolução técnica nesse campo. Mesmo assim, os pacientes em estado grave que demandam um órgão para terem uma maior sobrevida e mais qualidade de vida são numerosos, enquanto a disponibilidade do órgão demandado é sempre menor do que o necessário.

Essa diferença faz com que aumente o número de pessoas que compõem a lista de espera. Conseqüentemente, o número de pacientes que morrem enquanto

aguardam um transplante é bastante expressivo no Brasil e no mundo (COELHO et al, 2007).

A fila de espera é hoje uma etapa importante na trajetória de quem busca um transplante. Em nosso país, até dezembro de 2009, segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 63.866 pessoas aguardavam por um órgão, sendo que, deste total, mais de 40.110 esperavam por órgãos sólidos, 23.756 aguardavam por uma córnea e cerca de 3.000 por um transplante de medula óssea (ABTO, 2010).

Inúmeros fatores estão imbricados na complexa realidade dos transplantes de órgãos em nosso país como em outros dos diversos continentes. Esta complexidade se deve, além das questões técnicas, a diversos outros fatores. Por isso, os profissionais que estão envolvidos nessa cadeia complexa devem estar atentos a todos os elos do sistema de captação de órgãos e de transplantes. Os que formulam as políticas públicas também devem considerar que as demandas das pessoas que necessitam de transplantes são crescentes e dinâmicas.

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, somente cerca de 20% dos potenciais doadores cadavéricos se tornam doadores efetivos. Das causas de não efetivação da doação, 25,8% se devem à recusa dos familiares em permitir a doação de órgãos de seu parente falecido (ABTO, 2011). De acordo com Coelho et al (2007), o pequeno número de doadores pode ser considerado o principal fator limitante ao incremento dos transplantes no Brasil.

O doador de órgãos é o elemento fundamental do processo de transplantes. Ele é o elo inicial da cadeia. Sem a existência do doador nenhum sistema de transplante pode funcionar. No Brasil, para a pessoa ser um potencial doador, não é necessário fazer nenhum documento por escrito, basta a sua família esteja ciente da sua vontade. Assim, quando for constatada a morte encefálica de um paciente, uma ou mais partes do corpo que estiverem em condições de serem aproveitadas poderão ajudar a salvar a vida de outras pessoas.

Portanto, uma política nacional de incentivo à doação de órgãos e de captação dos mesmos é necessária e deve ser uma prioridade e um processo contínuo para que o sistema possa se desenvolver e atender à demanda das

pessoas que necessitam de transplante no País.

Para superar a problemática da não efetivação das possíveis doações, temos assistido no Brasil, ano após ano, o esforço do Ministério da Saúde e dos órgãos responsáveis nas diversas regiões, perseguindo o aperfeiçoamento de campanhas veiculadas pela mídia impressa, falada e televisionada. A busca visa sensibilizar a população sobre a importância da doação e do transplante de órgãos para salvar pessoas que não contam com outras opções terapêuticas para sobreviverem.

O atual Sistema Nacional de Transplantes resultou do arcabouço de política pública que se iniciou com o processo de transição democrática do Brasil definido na Constituição de 1988 e que se encontra em pleno processo de consolidação. A definição inicial foi a descentralização de recursos e responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios (BRASIL, 2002). Apesar de tais definições estarem relacionadas diretamente com o funcionamento do SUS como um todo, posteriormente, vieram a funcionar como elementos facilitadores do Sistema Nacional de Transplantes.

Desde então, um conjunto de leis, decretos presidenciais, normas operacionais e portarias ministeriais começaram a regulamentar um longo processo de institucionalização das regras e dos procedimentos no âmbito do sistema de prestação de serviços de saúde no País.

No novo contexto de institucionalização das ações de saúde, o Sistema Nacional de Transplantes foi criado em 1997 e tem como prioridade a transparência de suas ações no campo da política de doação-transplante, visando à assistência de qualidade aos brasileiros. De lá até o presente momento, mais decretos e portarias foram baixadas para dar ao sistema maior resolutividade, para normalizar questões burocráticas e relativas ao financiamento público das ações e para conferir maior celeridade à espera dos que necessitam de transplantes.

Uma dessas medidas se refere à criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, em 1999, que contempla o ressarcimento de todas as etapas do processo, incluindo desde a procura de doadores, pré-transplante, o transplante propriamente dito e o acompanhamento pós-transplante. Segundo

Garcia (2006), a criação e implementação desse fundo foi decisiva para o redimensionamento da política de transplantes no País porque garante a cobertura financeira das atividades realizadas pelas instituições de saúde credenciadas e pelas equipes técnicas que executam os transplantes.

A atual Política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada principalmente na Lei nº 9.434 de 1997 e na Lei nº 10.211 de 2001, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos. Essa lei regula toda a rede assistencial através de autorizações e reautorizações de funcionamento de equipes e instituições. Sendo assim, todas as instituições de saúde que integram o Sistema Nacional de Transplantes devem atender a determinados parâmetros previamente estabelecidos e em função desse perfil é que são autorizadas a realizarem os transplantes. Antes de 1997, havia apenas a Portaria nº 96, de 28 de julho de 1993, que criou normas de credenciamento hospitalar em transplantes no SUS, porém não tratava do processo de captação e doação de órgãos para transplantes (BRASIL, 1993).

A Portaria nº 1.752/GM, de setembro de 2005, definiu novas instâncias de operacionalização dos transplantes com a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos (BRASIL, 2005). No ano seguinte, a Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006, aprovou o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às CIHDOTTs (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, devido à fragilidade do processo de doação e captação de órgãos e tecidos, a Portaria nº 2.600, de outubro de 2009, modificou a estrutura organizacional do Sistema Nacional de Transplantes. As estratégias desta nova estrutura são destinadas a promover o fortalecimento e o aprimoramento do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, a melhoria do processo de doação/transplante, o aumento do número de notificações de morte encefálica e a efetivação de doadores e, conseqüentemente, do número de captações de órgãos e tecidos e de transplantes realizados (BRASIL, 2009).

A principal mudança na estrutura foi a criação das Organizações de

Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs) por região geográfica nos estados, cujo papel é de coordenação supra-hospitalar, visando organizar e apoiar o processo em determinado território, no âmbito de sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. As atividades das OPOs abrangem o processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias e a capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos.

Vale salientar que, no Brasil, toda a política de transplante está alinhada com as Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990, que regem o funcionamento do SUS, garantindo os direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos. As definições são gerais, entretanto, garantem a possibilidade de realização de transplantes na medida em que regulamentam a remuneração de diversos procedimentos, entre os quais se incluem aqueles relacionados com a busca ativa de potenciais doadores, gastos com manutenção hemodinâmica, retirada de órgãos e tecidos, transporte e realização do procedimento cirúrgico e intercorrências pós-transplante.

Dados do Ministério da Saúde mostram que o Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Em 2008 contava com 548 estabelecimentos de saúde e 1.354 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes (BRASIL, 2009). Atualmente, 25 estados da União fazem parte do Sistema Nacional de Transplantes, através das CNCDOs e CIHDOTTs (BRASIL, 2009). Mesmo assim, o sistema não atende a maioria dos que necessitam de transplante.

Marinho (2006) afirma que não existem indicadores oficiais sobre o tempo de espera nas filas, bem como sobre outras variáveis relevantes relacionadas com transplante de órgãos no Brasil. Resultados de estudos por ele realizados indicaram que o tempo de espera quase sempre ultrapassa um ano, podendo chegar até a mais de onze anos quando se trata de transplante de rim. Segundo Coelho et al (2007), ainda não se determinou a causa das famílias recusarem a doação de órgãos de seus parentes falecidos.

Coelho et al (2007) consideram que a carência de órgãos é o maior

obstáculo para a realização de transplantes. Vários fatores contribuem para a falta de órgãos, incluindo problemas culturais e médico-legais, diagnóstico tardio de morte encefálica, abordagem inadequada do potencial doador, recusa da família em permitir doação e dificuldade de transporte rápido do órgão para o centro transplantador.

Como faltam indicadores gerados em estudos sistemáticos sobre a maioria dos aspectos aqui discutidos, isso mostra que a própria avaliação do sistema de transplantes é algo que ainda está em aberto. O tempo médio na fila de espera por um órgão e o ponto de vista dos pacientes em relação ao procedimento e suas possíveis complicações também aguardam estudos.

As Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs), dentro do Sistema Nacional de Transplantes, constituem-se como o elo fundamental porque estão posicionadas na ponta inicial da cadeia do sistema e são o ponto de contato entre o doador e a pessoa que aguarda o transplante. As CIHDOTTs relacionam-se com as OPOs e também com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), que realiza a busca efetiva dos órgãos e tecidos doados.

No nosso entendimento, por desenvolverem suas ações dentro dos hospitais e geralmente serem responsáveis pela realização do primeiro contato com os prováveis doadores, as CIHDOTTs podem fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso da política. Também consideramos que é de extrema importância a forma como a CNCDO e as suas instâncias correlatas em cada estado se relacionam com as CIHDOTTs e como coordenam o trabalho delas.

Tendo em vista o exposto, partimos do pressuposto de que as CIHDOTTs e a CNCDO em cada unidade da Federação são instâncias decisivas na operacionalização da Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Como as CIHDOTTs em articulação com a CNCDO fazem a ligação entre os possíveis doadores e as pessoas que demandam órgãos e tecidos, consideramos que o trabalho destas duas instâncias é determinante para o incremento das doações e efetivação de um maior número de transplantes em dado território.

Como desdobramento do pressuposto, consideramos que, ao avaliar o

trabalho das CIHDOTTs e da CNCDO, avalia-se também a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos em determinado território.

Sendo assim, o objeto da presente pesquisa foi avaliar a Política Nacional de Transplantes no Ceará, tendo como foco as ações desenvolvidas pela CNCDO do Estado do Ceará e pelas CIHDOTTs que atuam em Fortaleza e qual a contribuição das CIHDOTTs do Ceará na operacionalização da Política Nacional de Órgãos e Tecidos.

Para processar a avaliação pretendida, tomamos como baliza os parâmetros definidos pelo Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Adicionalmente, tentamos verificar se no plano interno essas comissões planejam ações diretamente relacionadas ao aperfeiçoamento do processo de transplantes, nas estratégias de identificação, diagnóstico precoce e manutenção de possível doador; identificação e busca de soluções para as fragilidades do processo; construção de parcerias e capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos (BRASIL, 2009).

Nossa pesquisa teve como cenário o município de Fortaleza, tendo em vista que é nesta cidade onde atuamos profissionalmente. O cenário não incluiu todo o território do Estado do Ceará por razões econômicas, já que o projeto não contou com financiamento adicional. Nessa cidade, ainda estão localizadas 78% das CIHDOTTs existentes no Ceará, e é onde se realizam 75,7% das notificações, 81,6% das doações efetivas e quase a totalidade dos transplantes que ocorrem anualmente nesse estado da Federação.

Objetivos

Geral

- Avaliar a atuação da CNCDO do Estado do Ceará e das Comissões Intra-Hospitalares de Fortaleza enquanto instâncias decisivas na operacionalização da Política Nacional de Transplantes.

Específicos

- Descrever a dinâmica da CNCDO do Estado do Ceará e os mecanismos que adota na articulação com as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes de Fortaleza.
- Descrever a dinâmica de atuação das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes de Fortaleza.
- Correlacionar a atuação da CNCDO do Estado do Ceará e das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes de Fortaleza com os parâmetros do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Justificativa

Conforme referido, o Sistema Nacional de Transplantes criado pelo Ministério da Saúde, responsável pela coordenação de transplantes no SUS, foi regulamentado em 1997.

As metas estabelecidas para a redução da fila de espera por órgãos sólidos¹ eram: 3% em 2004, 6% em 2005, 9% em 2006 e 12% em 2007. Mas os dados do próprio Ministério da Saúde mostram que tais metas não foram atingidas, observando-se índices extremamente críticos em determinadas regiões do País, como no Estado do Mato Grosso, onde o tempo de espera atinge até 31 anos. Isso representa um problema social e de saúde pública de destaque, necessitando de um conjunto de ações, incluindo governo, instituições de saúde, profissionais da área e sociedade, principalmente, os familiares dos potenciais doadores (MARINHO 2006).

O montante de doações de órgãos no Brasil poderia ser bem maior já que, segundo o censo de 2010, temos uma população de 190,7 milhões de habitantes (IBGE, 2010) com enorme número de mortes relacionadas a acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo, entre outras causas frequentes de violência.

¹ Órgãos sólidos para transplante atualmente em utilização no Brasil são: coração, rim, fígado, pâncreas e pulmão.

Segundo Garcia (2006), a taxa estimada de potenciais doadores, isto é, de pessoas com diagnóstico de morte encefálica sem contra-indicação conhecida previamente para a doação, nas diferentes comunidades ou países, é em torno de 50 a 60 por milhão de população por ano (pmp/ano). A taxa almejada de efetivação da doação entre os potenciais doadores deve ser superior a 50%. Entretanto, na maioria dos países apenas entre 15 a 70% dos potenciais doadores são efetivados como doadores, em decorrência da não detecção e/ou não notificação da morte encefálica; de contraindicações médicas ou problemas na manutenção do potencial doador falecido ou, ainda, em razão da recusa familiar à doação. Na maioria dos países desenvolvidos esta taxa varia de 15 a 25 doadores pmp/ano. A Espanha constitui-se em uma importante exceção, apresentando uma taxa de doadores efetivos em torno de 34 pmp/ano (GARCIA, 2006).

No Brasil, há estudos sugerindo que se possa chegar a uma maior taxa de potenciais doadores que nos países desenvolvidos, algo em torno de 60 a 100 pmp/ano. Esta estimativa otimista assenta-se no grande número de acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo, que geram significativo número de mortes encefálicas (ABREU SANTOS; MOURA DA SILVA; SANTOS; 2006). Entretanto, durante o ano de 2005, foram notificados às Centrais Estaduais de Transplante (CNCDOs) apenas 4.714 casos (28 pmp), e destes, somente 1.078 (6,3 pmp) foram efetivados como doadores de órgãos (ABTO, 2005).

Segundo Garcia (2006), com uma população de 180 milhões de habitantes no ano de 2005 e em torno de um milhão de mortes por ano, podia-se estimar para o período entre 11.000 e 18.000 casos de morte encefálica por ano no Brasil.

O funcionamento das Comissões Intra-Hospitalares no Estado do Ceará foi iniciado em Fortaleza em 2006 no Instituto Dr. José Frota, hospital pertencente ao município. Atualmente há onze hospitais, pertencentes à rede pública e privada, que contam com tais comissões. Estas comissões devem realizar busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante em estreita ligação com a CNCDO.

Por outro lado, os pacientes que aguardam na fila de espera representam um custo elevado para o sistema de saúde do País, em virtude de constantes internações e realização de procedimentos onerosos de alta complexidade, tais

como a hemodiálise (COELHO et al, 2005).

Portanto, são necessários muitos esforços para minorar o sofrimento e propiciar melhor qualidade de vida para as pessoas que aguardam transplantes. Também se fazem necessários estudos direcionados a avaliar o funcionamento do sistema de transplantes a nível nacional e em diferentes regiões do Brasil. Os profissionais de saúde têm grande responsabilidade diante da problemática enfrentada pelas pessoas que necessitam de transplantes.

Nosso interesse pela temática surgiu relacionado com o fato de ser enfermeira e também por, desde o ano 2000, trabalhar no setor de contas médicas do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Esta atuação gerou profundo envolvimento com o dia-a-dia dos pacientes que aguardam e dos que já foram beneficiados pelo procedimento, despertando uma maior sensibilidade para seus medos, dificuldades, angústias e expectativas. Objetivamente, nossa tarefa relacionada com o serviço de transplantes compreende as ações de credenciamento do hospital e das equipes médicas para cada tipo de transplante junto ao Ministério da Saúde. Envolve também a cobrança, junto ao SUS, dos procedimentos de captação, do transplante propriamente dito e das intercorrências pré e pós-transplante dos mais diversos órgãos e tecidos realizados pelo hospital.

Um fator relevante para a realização desta pesquisa foi constatar a escassa bibliografia existente sobre a avaliação da CNCDO e das comissões intra-hospitalares nas diversas unidades da Federação. Busca bibliográfica efetuada em sites especializados (Sistema Nacional de Transplantes, Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde, Universidades, Scielo etc) resultou na localização do artigo "Estimativa do número potencial de doadores cadavéricos e da disponibilidade de órgãos e tecidos para transplantes em uma capital do nordeste do Brasil" (ABREU SANTOS; MOURA DA SILVA; SANTOS, 2006) sobre pesquisa realizada em São Luís, no Maranhão. Referida investigação estudou a estimativa do número de potenciais doadores cadavéricos naquele município e descreveu o perfil demográfico deles, buscando, ainda, avaliar a disponibilidade anual de órgãos e tecidos para transplante e determinar a capacidade de detecção de potenciais doadores pela CNCDO do Maranhão.

Sobre a realidade do Ceará foi encontrada a pesquisa denominada "Avaliação das políticas de transplante de órgãos e tecidos no estado do Ceará", tendo como objetivo geral avaliar as políticas públicas em transplantes de órgãos e tecidos no Ceará (ARAÚJO, 2008). Foi ainda encontrado em biblioteca o trabalho "Decisão familiar frente a doação de órgãos no estado do Ceará" (SALMITO, 2010) com o objetivo de avaliar o entendimento das famílias entrevistadas sobre o processo de doação de órgãos para transplante, conhecer a vontade da família de potenciais doadores entrevistados sobre o desejo de doar ou não os órgãos de seus familiares para serem transplantados e conhecer os motivos da recusa da doação de órgãos para transplante. No *site* http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/459/pdf_269 foi localizado o trabalho "Caracterização dos doadores de órgãos para o transplante hepático no estado do Ceará: contribuição para captação de fígado" com o objetivo investigar o perfil dos doadores de fígado no Estado do Ceará, correlacionando-o com os critérios da lista de espera dos receptores (MAGALHÃES; RAMOS; ARAÚJO, 2010).

Portanto, a presente pesquisa se apresenta como relevante, porque é escassa a literatura em nível nacional e regional sobre a atuação das centrais estaduais de transplante e das comissões intra-hospitalares. Focalizar a pesquisa sobre tais comissões apresenta-se como oportuno, tendo em vista que cabe a elas operacionalizarem o que está previsto no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (BRASIL, 2009). No nosso entendimento, cabe a elas o desenvolvimento de ações estratégicas, entre outras, principalmente voltadas para a educação em saúde da população em geral com foco na ampliação do número de potenciais doadores e de efetivas doações.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Histórico e panorama atual dos transplantes

Dá-se o nome de transplantação ou simplesmente transplante ao ato de colher um órgão ou tecido ou parte deles de um indivíduo, o doador, e implantá-lo em outro indivíduo, o receptor ou, no caso de tecidos, no próprio doador (OLIVEIRA JÚNIOR, 2010).

Os transplantes estão divididos em categorias. O transplante autoplástico ou autólogo ocorre quando são transplantados tecidos do mesmo organismo de um lugar para outro. É o que ocorre, por exemplo, nas cirurgias de "ponte de safena". O transplante heteroplástico é a transposição de órgãos ou tecidos de um organismo para outro. O transplante heterólogo ou xenotransplante é aquele em que os órgãos ou tecidos são transplantados entre indivíduos de espécies diferentes.

Os transplantes de órgãos e tecidos representam um dos maiores avanços obtidos pela medicina no século XX, com índice de sucesso acima de 80%. Entretanto, muitos são os obstáculos que vêm sendo enfrentados. Para se compreender o patamar alcançado é importante retomar esse percurso histórico.

Quanto à origem dos transplantes, há um vasto registro histórico sobre o tema: ligamentos de orelhas, dentes e narizes, inclusive com comprovação científica, através de pesquisas arqueológicas, com referência a transplante de dentes nas civilizações que habitavam o Egito, Grécia, Roma e na América pré-Colombiana. Entretanto, somente após adoção de procedimentos básicos pela cirurgia moderna, como refinamento dos instrumentais, anestesia, antissepsia, antibioticoterapia, combate à rejeição, entre outros, é que o procedimento de transplante foi assimilado como prática clínica concreta, admitida sob a égide do método científico (GRIESBACH, 2003).

Segundo Griesbach (2003), entre os primeiros transplantes de tecidos humanos registra-se a transferência de córnea bem-sucedida, realizada pelo cirurgião austríaco Dr. Edward Zirm em 1905. No entanto, isso não era um procedimento de rotina. Somente nas décadas seguintes, é que iria ocorrer um desenvolvimento significativo nas práticas de transplante.

As primeiras experiências com transplantes de órgãos ocorreram na década de 1950, nos Estados Unidos, utilizando-se rins. A rejeição aos órgãos transplantados era o maior limitador do procedimento, sobrepondo-se à técnica do transplante. O desenvolvimento de diversas facetas da ciência médica permitiu, entre outros avanços, o desenvolvimento de drogas imunossupressoras para alcançar o controle da rejeição (GRIESBACH, 2003).

Foi também nos Estados Unidos que se realizou o primeiro transplante de pulmão em 1963. No Brasil, o primeiro transplante humano de rim ocorreu no ano de 1965 (ABTO, 2008). Dessa época até o início dos anos 80, foram efetuados cerca de 40 transplantes em 20 diferentes centros do mundo. Entretanto, era baixo o número de pessoas com sobrevida significativa.

O primeiro transplante de coração entre humanos foi realizado pelo Dr. Christian Barnard, em Capetown, África do Sul, em 03 de dezembro de 1967.

No Brasil, a equipe do professor Euryclides Zerbini, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, incrementou a área de transplantes com a realização em 1968 do primeiro transplante de coração da América do Sul e o segundo no mundo, apenas seis meses após o primeiro transplante de coração do mundo (USP, 2010).

Desde o início da década de 1990, o progresso brasileiro na realização de transplantes tem sido notável. Tornou-se desde então o segundo país do mundo que mais realiza transplantes, sendo superado apenas pelos Estados Unidos da América. Hoje, o Brasil é o país com o maior dispêndio público no mundo com realização de transplantes, considerando-se o transplante em si, os procedimentos associados e os medicamentos utilizados.

Segundo Raia (2010), o Brasil é o país com o maior programa público em transplantes – o investimento em 2001 foi de R\$ 250 milhões, enquanto o de 2009 foi de mais de R\$ 1 bilhão e de 3.957 transplantes de órgãos sólidos realizados em 2001 passamos a 6.456 em 2010. O número de doadores efetivos por ano passou de 5,4 para 9,9 por milhão de habitantes. Neste panorama sobressaem-se os transplantes de rim e fígado, que atenderam, respectivamente, 37,3% e 34,7% da demanda total do País.

Se as curvas de crescimento da captação e dos transplantes de rim e fígado mantiverem a mesma inclinação dos últimos anos, teoricamente, entre 2020 e 2025 o atendimento completo será atingido. Entretanto, isso só poderá ocorrer se forem desenvolvidos centros de transplantes em mais 15 estados (polos locais) com cerca de 60 milhões de habitantes que ainda não realizam transplantes. A solução do problema ético, médico e social em que os transplantes estão envoltos depende da distribuição uniforme de centros transplantadores em todo o País (RAIA, 2010).

Segundo Marinho (2007), o gasto com transplantes, incluindo medicamentos, no ano de 2005, foi de R\$ 521,8 milhões, ou seja, 29,11% a mais do que os R\$ 404,41 milhões gastos em 2004. Os custos indiretos da não realização de transplantes são elevados. Somente no caso dos rins, as terapias renais substitutivas, que podem, em grande medida, ser substituídas por transplantes, custaram aos cofres públicos em 2005 a elevada cifra de R\$ 1.159.679.058,23.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2003 foram realizados 8.554 transplantes de órgãos. Ao final de junho de 2009, existiam 59.994 pessoas aguardando pela realização de um transplante, distribuídas por todos os estados brasileiros (BRASIL, 2009). É o que está demonstrado na Tabela 1.

TABELA 1 - Lista de espera - 2009

CNCDO	Órgão							Total	Total s/ córnea
	Coração	Córnea	Fígado	Pâncreas	Pulmão	Rim	Rim / Pâncreas		
Acre	0	7	0	0	0	0	0	7	0
Alagoas	1	271	4	0	0	614	0	890	619
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	0	668	0	0	0	498	0	1.166	498
Bahia	1	1.253	264	0	0	3.089	0	4.607	3.354
Ceará	11	1.739	229	2	0	303	0	2.284	545
Distrito Federal	11	990	0	0	0	463	0	1.464	474
Espírito Santo	3	474	44	0	0	1.035	0	1.556	1.082
Goiás	12	2.858	0	0	0	527	4	3.401	543
Maranhão	1	489	0	0	0	734	0	1.224	735
Mato Grosso	2	529	0	0	0	851	0	1.382	853
Mato Grosso do Sul	16	27	0	0	0	406	0	449	422
Minas Gerais	32	3.094	202	12	6	2.593	18	5.957	2.863
Pará	4	938	0	0	0	769	0	1.711	773
Paraíba	4	57	6	0	0	491	0	558	501
Paraná	63	1.126	288	16	0	2.530	19	4.042	2.916
Pernambuco	4	1.052	281	0	0	1.923	0	3.260	2.208
Piauí	0	765	0	0	0	422	0	1.187	422
Rio de Janeiro	11	3.321	782	3	3	3.672	25	7.817	4.496
Rio Grande do Norte	6	329	8	0	0	943	0	1.286	957
Rio Grande do Sul	30	1.983	419	15	63	1.934	92	4.536	2.553
Rondônia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Catarina	4	1.297	126	0	0	251	12	1.690	393
São Paulo	89	151	1.651	76	89	10.283	406	12.745	12.594
Sergipe	0	338	0	0	0	309	0	647	309
Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	305	23.756	4.304	124	161	34.640	576	63.866	40.110

Fonte: Adaptado de SNT (2011).

Além do coração, córnea, fígado, pâncreas, pulmão e rim, outros órgãos também podem ser transplantados, tais como intestino, pele, tendões, veias, ossos e válvulas cardíacas. Até dezembro de 2010, os Estados Unidos já tinham realizado 28.664 transplantes conforme dados do site <http://optn.transplant.hrsa.gov/data/>, que atualiza diariamente as informações da lista de espera e dos transplantes realizados. Até dezembro de 2010, o Brasil já tinha realizado 8.192 transplantes conforme se pode ver na distribuição por estados na Tabela 2.

TABELA 2 - Transplantes realizados no período de janeiro a setembro de 2009

CNCDO	Órgão								Total
	Coração	Córnea	Fígado/ Rim	Pulmão	Rim	Fígado	Pâncreas	Pâncreas / Rim	
São Paulo	56	2.948	0	9	518	311	26	34	3.902
Minas Gerais	9	713	3	1	107	29	0	11	873
Paraná	13	507	0	0	69	29	0	2	620
Pernambuco	1	339	0	2	71	41	0	0	454
Rio Grande do Sul	3	242	0	10	109	49	0	4	417
Santa Catarina	0	177	0	0	92	37	0	3	309
Ceará	8	110	0	0	68	41	0	0	227
Goiás	1	156	0	0	17	0	0	0	174
Distrito Federal	2	123	0	0	15	0	0	0	140
Bahia	0	87	1	0	21	22	0	0	131
Rio de Janeiro	3	45	0	0	50	31	0	0	129
Mato Grosso do Sul	0	88	0	0	10	0	0	0	98
Espírito Santo	0	56	0	0	28	12	0	0	96
Maranhão	0	78	0	0	16	0	0	0	94
Rio Grande do Norte	0	81	0	0	10	0	0	0	91
Mato Grosso	0	85	0	0	2	0	0	0	87
Paraíba	0	85	0	0	0	0	0	0	85
Pará	0	62	0	0	9	0	0	0	71
Amazonas	0	44	0	0	12	0	0	0	56
Sergipe	0	49	0	0	6	0	0	0	55
Alagoas	0	42	0	0	1	0	0	0	43
Piauí	0	34	0	0	6	0	0	0	40
Acre	0	0	0	0	9	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	9	0	0	0	0
Rondônia	0	0	0	0	9	0	0	0	0
Roraima	0	0	0	0	9	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0	9	0	0	0	0
Total	96	6.151	4	22	1.237	602	26	54	8.192

Fonte: Adaptado de ABTO (2009).

O Ceará se destaca como o sétimo estado da federação a realizar transplantes e o segundo do Nordeste, ultrapassando o Estado da Bahia, maior, mais populoso e economicamente o mais forte do nordeste do país (ABTO, 2009). Entretanto, mesmo com este desempenho, no Ceará, até o final de 2009, havia 2.284 pacientes listados, ou seja, pacientes que necessitavam de um transplante, mas que, não necessariamente, estavam devidamente preparados para tal (BRASIL, 2009).

Segundo Cullis, Jones e Propper (2000 apud MARINHO, 2006), as filas resultam da diferença entre demanda e oferta quando o preço não é o mecanismo determinante da produção e do consumo de bens e produtos de saúde. Isso nos remete a pensar que, no Brasil, a longa fila esteja também relacionada ao fato de

que o sistema de transplantes é muito regulamentado, já que envolve procedimentos de alta complexidade, procedimentos estes frequentemente pagos por valores considerados abaixo do mercado pelas equipes especializadas que os executam. Este último aspecto apareceu nos discursos dos sujeitos da presente pesquisa.

Coelho et al (2007) afirmam que programas educativos são efetivos para aumentar o interesse e melhorar a opinião da população sobre doação de órgãos e, conseqüentemente, incrementá-la.

A questão é: por que faltam doadores? Garcia (2006) afirma que o número de procedimentos é muito inferior ao necessário. A maior responsável por essa estatística é a falta de doadores. Dos possíveis doadores com morte encefálica – maior doador, mas em número muito pequeno – apenas 20% são efetivados. Dos descartados, 28% são devido à recusa familiar e 49% por contraindicação médica e outros problemas, como os organizacionais, que incluem a falta de infraestrutura para remoção dos órgãos. Garcia usa a lista de espera para transplante de córneas para ilustrar a falência do Estado enquanto organização. Segundo ele, deveríamos ter um banco de córneas.

Segundo Varella (2010), em São Paulo, 70% das famílias aceitam fazer a doação. A cada ano, o estado registra 14 mil mortes encefálicas. Isso significa que haveria quase 10 mil doadores potenciais a cada ano. Em 2008, no entanto, o estado que concentra o maior número de transplantes do País realizou apenas 1.317 procedimentos desse tipo.

As filas não andam porque a captação de órgãos no Brasil é muito deficiente. O cadáver precisa ser mantido num leito de UTI e receber uma série de cuidados para que os órgãos não entrem em sofrimento. Além disso, o médico que relata o óbito à central de transplantes precisa preencher diversos formulários, o que toma um tempo que ele simplesmente não tem. Quando o médico tem dez doentes para cuidar e ainda precisa zelar pelo cadáver, ele escolhe os vivos, (VARELLA, 2010).

A Espanha é o país que tem o maior índice de doação por habitante em todo o mundo, com uma solução simples. Em cada hospital de grande movimento há um plantonista contratado exclusivamente para cuidar dos cadáveres na UTI e

preencher todos os papéis necessários para a realização dos transplantes. "O custo de se manter um plantonista a mais em cada hospital é infinitamente inferior ao benefício oferecido pelos transplantes a tantas pessoas", afirma Varella (2010).

O progresso tecnológico e a disponibilidade de medicamentos antirrejeição têm feito aparecer tentativas anteriormente impensáveis no campo dos transplantes, como o transplante parcial ou total de face.

O transplante de face é um procedimento cirúrgico no qual algumas estruturas da face de uma pessoa são transplantadas para a face de outra. O primeiro transplante de face parcial ocorreu em Amiens, França, em novembro de 2005. A paciente perdeu o nariz, os lábios e o queixo ao ser atacada por um cão. Um ano após a cirurgia, a paciente, apesar de apresentar alguma assimetria no rosto, teve considerável regressão das cicatrizes do transplante, recuperando plenamente as funções de mastigação e locução. Em 2008, a americana Connie Culp recebeu transplante facial de 80% da extensão do rosto após ser baleada pelo marido. Foi o transplante facial de maior extensão até então. Em abril de 2010, foi anunciado pela equipe médica do Hospital Vall d'Hebron em Barcelona, na Espanha, o primeiro transplante total de rosto, sendo o resultado da operação considerado um sucesso (WIKIPÉDIA, 2011).

Do momento inicial até os dias atuais, essa atividade teve uma evolução considerável em termos de técnicas, resultados, variedade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados. Mesmo com a existência da Lei nº 5.479/1968, que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica e outras providências, posteriormente revogada pela Lei nº 8.489/1992, que dispunha também sobre a mesma matéria, não havia, naquele período, uma legislação apropriada que regulamentasse a realização de transplantes. O que havia eram regulamentações regionais, desenvolvidas informalmente quanto à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos captados (BRASIL, 2011). A Lei nº 5.47/1968 constituiu a forma de manifestação de doação de órgãos, cabendo aos familiares do potencial doador ou ao próprio doador em vida serem os responsáveis pela doação dos órgãos.

Segundo ainda o Ministério da Saúde, na medida em que grande parte

dos procedimentos realizados era financiada por recursos públicos e que se aprofundava o entendimento de que os órgãos captados eram "bens públicos", cresceu, na sociedade brasileira, entre os gestores do SUS e na própria comunidade transplantadora, o desejo de regulamentar a atividade, criar uma coordenação nacional para um sistema de transplantes e definir critérios claros, tecnicamente corretos e socialmente aceitáveis e justos de destinação dos órgãos (BRASIL, 2011).

A criação do Sistema Nacional de Transplantes fez o Brasil despontar como um dos maiores países em número de transplantes no mundo (BRASIL, 2011). Em 1996, portanto antes da criação do SNT, foram realizados 3.979 transplantes. No ano de 2002, esse número chegou a 7.981 transplantes pagos pelo SUS, representando um crescimento de mais de 100%. Isto fez aumentar o valor do gasto total com transplantes de 75,4 milhões de reais em 1996 para 280,5 milhões de reais em 2001.

No Brasil, compete ao SNT a coordenação dos transplantes que são financiados pelo SUS. O órgão gestor do SNT é a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), que gere todas as atividades do processo de transplante.

A Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004, que aprova o "Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil", define as metas para a implementação do Sistema Nacional de Transplantes para o período 2004-2007: capacitar 2.000 profissionais que atuam na área de transplantes; aumentar em 30% ao ano o número de doações de órgãos; aumentar em 25% ao ano o número de transplantes realizados; oferecer os imunobiológicos especiais do Crie (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais), normatizados pelo Programa Nacional de Imunização para 100% dos transplantados e comunicantes domiciliares; reduzir em 30% a lista de espera para transplantes de córnea.

2.2 Considerações gerais sobre transplantes

O transplante de órgãos e tecidos pode ser definido como um procedimento cirúrgico que busca substituir um órgão doente por outro órgão normal ou em melhores condições de alguém que já faleceu, o doador (CABRAL, 2008). Normalmente, recorre-se à realização do transplante quando não há outra forma de

cura para uma pessoa. Apesar da mesma finalidade, a substituição de um órgão por outro em melhor estado, os transplantes de órgãos e tecidos envolvem procedimentos muito distintos.

Segundo Cabral (2008), para a realização do transplante de órgãos é necessária uma cirurgia de substituição do órgão afetado, além de fazer a ligação do novo órgão ao organismo do receptor. Já para a realização do transplante de certos tecidos, não é necessária uma intervenção cirúrgica, pois as células são injetadas na corrente sanguínea onde realizam a renovação celular.

Em vida pode-se doar o rim e parte do fígado, porém os demais órgãos somente poderão ser removidos de um indivíduo se o mesmo for diagnosticado com morte cerebral. Após a confirmação da morte cerebral, se houver autorização, os órgãos devem ser retirados no máximo em até quatro horas; o coração e o pulmão devem ser os primeiros a ser removidos por causa da sensibilidade dos mesmos. O correto é que logo após a remoção seja realizado o transplante.

A retirada dos órgãos deve ser feita por profissionais especializados nesse tipo de procedimento, que por sua vez não devem ter feito parte do quadro de profissionais que trataram do doador ainda em vida.

Os transplantes estão entre os processos mais complexos e fascinantes da medicina. Para doentes que já esgotaram todas as chances de cura, hoje pode haver a oportunidade de substituir, além do coração, rins, fígado, pulmão, pâncreas, intestino, córnea, medula óssea, pele, valva cardíaca, ossos e esclera ocular (LOPES, 2009). Para garantir a sobrevivência dos pacientes transplantados, foi necessário conhecer em maior profundidade o funcionamento do corpo humano, refinar e inventar técnicas cirúrgicas, aprimorar e desenvolver remédios antirrejeição (LOPES, 2009).

Nesralla (2011) mostrou que, na época dos primeiros transplantes, as indicações para que se pudesse realizar o procedimento eram bem diferentes das de hoje: um paciente somente poderia receber um novo coração no caso de ter idade menor de 55 anos e expectativa de vida inferior a seis meses. Com relação àquela época, a única indicação que permanece é a condição emocional do paciente de suportar o procedimento. Não há mais limite de idade.

Para o transplante hepático, segundo Silveira (2011), existem três tipos de doador: cadavérico, intervivo (sendo o fígado o único órgão capaz de regeneração, ele pode ser partido para o transplante intervivos, geralmente de pai/ mãe para filho) e o xenotransplante (transplante de órgãos entre diferentes espécies); e cinco tipos de transplante: fígado inteiro, reduzido (procedimento usado em crianças), bipartido, multiorgânico, hepatócitos (transplante de células do fígado).

Silveira (2011) afirma que o procedimento de transplante hepático só deve ser usado quando não há outro tratamento possível. O risco de morte é maior que o do transplante quando há prejuízo da qualidade de vida e quando o paciente não é capaz de suportar o processo. Os fatores de risco citados são idade, doença-base, comorbidades, estado nutricional, gravidade da doença, doença extra-hepática e cirurgia abdominal prévia. Entretanto, Silveira (2011) complementa que a realização do transplante hepático deve ser feita não tão cedo que não seja necessário nem tão tarde que não possa haver bons resultados.

Com relação aos transplantes renais, D'Ávila (2011) informa que, no Hospital São Lucas de Porto Alegre, 74% dos transplantes realizados são a partir de um doador falecido. Segundo D'Ávila (2011), a sobrevida de transplantados no referido Hospital é de 76% a 78%, e um dos primeiros pacientes ainda permanece vivo, com uma sobrevida de 31 anos. Um procedimento relativamente novo vem favorecendo os transplantados renais com doador vivo: a cirurgia de remoção do órgão a ser transplantado é feita através de laparoscopia, diminuindo a dor e as complicações pós-operatórias e o receio do doador em se submeter ao procedimento (D'ÁVILA, 2011).

Quanto ao transplante de córneas, para a sua retirada, não há necessidade de diagnóstico de morte encefálica, sendo que podem ser removidas até seis horas após a parada cardíaca do doador. Por outro lado, a maioria das neoplasias não contraindica sua remoção. Com isso, supõe-se que até 10% das mortes poderiam ser consideradas para doação (100.000) e metade delas poderiam ser efetivadas (50.000). Entretanto, em 2005, foram realizados apenas 8.713 transplantes de córnea (47 pmp), menos da metade da necessidade anual prevista (100 pmp), tendo sido utilizados em torno de 6.000 doadores (ABTO, 2005).

A existência e evolução dos processos de transplantes têm gerado

resultados promissores para os pacientes necessitados de auxílio. Para Pattinson (2003), grandes parcelas dos indivíduos transplantados têm sobrevida superior a cinco ou mesmo dez anos após o transplante.

Segundo Dinkhuysen (2009), devido à incorporação de novos conhecimentos sobre imunologia, associada à aplicação de medicamentos potentes contra a rejeição, a sobrevida dos transplantados de coração tem melhorado significativamente. Em média, a sobrevida em 1 ano é de 85% e ao final de 3 anos é de 78%. Contudo, existem pacientes vivos há mais de 20 anos após o transplante.

As chances de sobrevida longa dependem em parte do estado dos outros órgãos, principalmente, cérebro, pulmões, fígado e rins. Os pacientes que apresentam problemas nesses órgãos podem não se beneficiar do transplante. A qualidade de vida dos pacientes mostra evidentes melhoras, pois recuperam a capacidade física, voltam a trabalhar e mesmo a praticar esportes (DINKHUYSEN, 2009).

Segundo Ianhez (1997), o transplante de fígado melhorou drasticamente a sobrevida dos pacientes pediátricos com hepatopatias crônicas. Pacientes na faixa etária pediátrica, que são submetidos ao transplante hepático, podem apresentar, hoje, taxas de sobrevida que chegam a 90% nos diferentes centros. As hepatopatias, como cirrose hepática, hepatoma e hepatite aguda, estão em quarto lugar em comparação a outras causas como causa de óbito em transplantados renais. A idade e o sexo são fatores que estão associados às hepatopatias, interferindo na sobrevida dos indivíduos.

A sobrevida em longo prazo, após o transplante hepático, é variável nos diversos centros, mas pode alcançar 90% no primeiro ano pós-transplante e taxas de 60% a 80% nos próximos 5 a 8 anos.

A sobrevida dos transplantados renais tem melhorado gradativamente. Essa melhora se deve ao cuidado na seleção e preparo do receptor, aos melhores cuidados com o controle do potencial doador e do órgão doado, técnica cirúrgica refinada, melhora e padronização das técnicas de histocompatibilidade, maior eficácia das medicações para a imunossupressão e cuidadosa monitorização dos pacientes transplantados renais.

Todo ano ocorre a campanha nacional que é custeada pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. É descentralizada para cada Estado, que faz a sua campanha. É no mês de setembro, na semana que inclui o dia 27, que é o dia do doador de órgãos.

2.3 A política nacional de transplantes

O Sistema Nacional de Transplantes com tal denominação foi formalizado pela Lei nº 9.434/1997 para atuar na constatação de morte encefálica em qualquer parte do País, realizar captação, remoção e transporte, até o destino dos tecidos e órgãos doados por meio da realização de transplantes (BRASIL, 1997).

A lei 9.434/97 tem como conceito central a gratuidade da doação de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento; que os mesmos só podem ser realizados por estabelecimento de saúde, público ou privado e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante, previamente autorizadas pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde. Além do mais, definiu que os transplantes só poderiam ser autorizados após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação (BRASIL, 1997).

Formalmente o Sistema Nacional de Transplantes tem como prioridade evidenciar com transparência todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente a confiabilidade do Sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro (BRASIL, 2009). Ao SNT cabe o papel de gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca de órgãos, sendo também de sua responsabilidade conceder autorização aos estabelecimentos de saúde e equipes especializadas para realizarem a captação, transporte e transplantação do enxerto.

A mesma lei também definiu as esferas de representação do SNT, desde o Ministério da Saúde às redes de serviços auxiliares, passando pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e pelos hospitais credenciados para o processo de transplante.

A Central Nacional de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNNCDO) foi criada três anos depois, em agosto de 2000, pela Portaria nº 901/GM (BRASIL, 2000), frente à necessidade de aprimorar o funcionamento e gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes. Com a nova instância, perseguia-se aperfeiçoar o controle das listas de receptores estaduais, regionais e nacional, buscando a transparência na distribuição de órgãos, dentre outros.

Ainda em 1997, foi adotada a lista única cronológica que destina os enxertos aos candidatos conforme a ordem de sua inscrição. À época essa solução pareceu a mais adequada para evitar privilégios observados anteriormente. Entretanto, com o decorrer do tempo, foram se evidenciando alguns graves defeitos desse critério. Por exemplo, para garantir uma melhor posição na lista, muitos pacientes passaram a ser inscritos precocemente, ainda sem indicação indiscutível para transplante, aumentando as listas e o tempo de espera que, em São Paulo, chegou a superar três anos. Por outro lado, havia pacientes mais graves que morriam antes do transplante que beneficiava outros menos graves inscritos há mais tempo. Além disso, o critério cronológico não permitia antecipar o transplante para as chamadas “situações especiais”, como para os tumores malignos do fígado, cuja rápida evolução aumentava o número dos que morriam antes do transplante (RAIA, 2008).

Para evitar essas distorções, em julho de 2006, o Ministério da Saúde determinou a substituição do critério cronológico pelo MELD (Model for End-Stage Liver Disease), que dá preferência aos inscritos com maior gravidade, calculada por meio de uma fórmula matemática baseada em exames laboratoriais. Quanto maior o valor obtido maior a gravidade e maior a precedência. O MELD permite o uso de fatores de correção para beneficiar candidatos pediátricos e portadores de patologias tidas como “situações especiais” (RAIA, 2008).

Resultados oficiais da Central de Transplantes de São Paulo mostram que o uso do novo critério: aumentou o controle pelas Centrais de Transplantes; reduziu o número de inscrições e o tamanho da lista de espera; permitiu transplantar rapidamente pacientes graves, mesmo que recém-inscritos; não interferiu na sobrevida dos transplantados; favoreceu o atendimento de pacientes pediátricos, que passaram de 10% para 18%, e de pacientes com câncer, que passaram de

3,4% para 33,5% do total de transplantes; destinou apenas 1/3 dos enxertos a pacientes graves; não conseguiu reduzir a mortalidade da lista de espera, que, pelo contrário, aumentou de 14,38% para 22,35% (RAIA, 2008). Os resultados iniciais sugerem que tem havido um benefício efetivo para os que mais necessitam do procedimento, pois se mantiveram as vantagens e foram corrigidas falhas do critério cronológico anteriormente adotado.

Em 2009 o Ministério da Saúde formalizou novas portarias complementares para reger o SNT. São elas as Portarias nº 2.600, nº 2.601 e nº 2.602, todas de outubro daquele ano. A partir delas a estrutura do SNT passou a ser composta dos seguintes órgãos: Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO); Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Regionais ou Estaduais (CNCDO); Organizações de Procura de Órgãos (OPO) e Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), conforme visto na Figura 1.

Tal como em ocasiões anteriores, as novas portarias argumentam sobre a necessidade de aprimorar o gerenciamento do SNT, o processo de supervisão, bem como o controle das listas de potenciais receptores, regionais, estaduais e nacional. Outra argumentação que se repetiu foi garantir a equidade e a transparência na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes e enxertos no País.

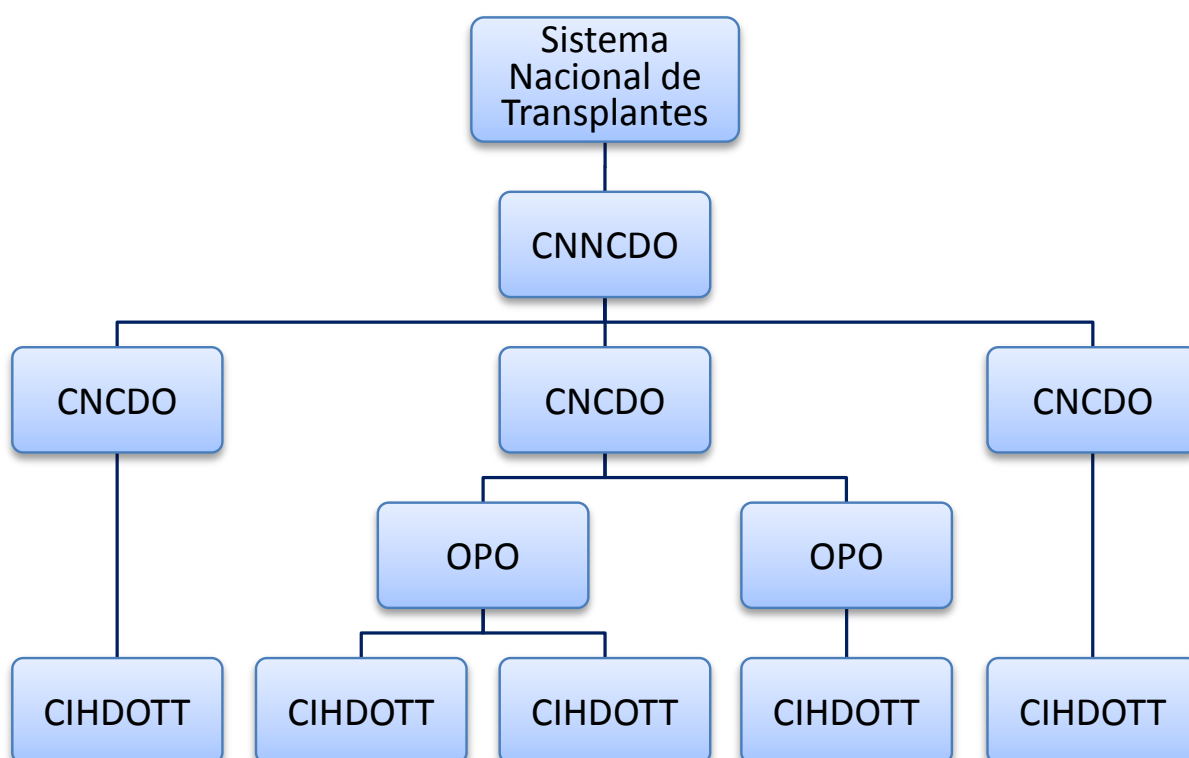


FIGURA 1 - Estrutura organizacional do Sistema Nacional de Transplantes
 Fonte: adaptado de Brasil (2009)

Cada órgão que aparece na figura 1 possui um conjunto de funções definidas de acordo com as portarias acima referidas, que passamos a descrever sucintamente.

A Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO) ou Central Nacional de Transplantes é um órgão subordinado ao SNT, tendo sido criada com o intuito de auxiliá-lo em suas atividades. É de caráter executivo e de abrangência nacional. Por razões operacionais e logísticas, está situada no Aeroporto de Brasília, funcionando 24 horas por dia. Esta localização tende a facilitar e agilizar os deslocamentos, uma vez que Brasília é mais ou menos equidistante das diversas regiões do País. De uma maneira geral as atribuições da CNNCDO são: distribuição interestadual; relações com as companhias aéreas e geração de informações e relatórios.

As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), por sua vez, são unidades executivas estaduais ou regionais do SNT. Cabe a elas coordenar as atividades de transplante no âmbito estadual ou regional, realizando inscrições e a classificação dos receptores. Todo diagnóstico de morte encefálica deve ser notificado à CNCDO, que, então, deve providenciar o transporte

do órgão doado até o local onde se encontra o receptor ideal.

Existem, até o momento, 24 centrais estaduais, localizadas nos seguintes estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rondônia, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe.

As Organizações de Procura de Órgãos (OPO) constituem uma instância adicional do SNT e são estruturas com área de abrangência regional. A criação das OPOs ocorreu por meio da Portaria nº 2.600, enquanto o plano de implementação das mesmas encontra-se na Portaria nº 2.601. Cada OPO deve ser composta por uma equipe que se desloca entre vários hospitais em determinada região. A OPO é acionada pelos médicos locais quando identificam dentre seus pacientes um potencial doador em morte encefálica.

O Brasil possui 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas pelo SNT a realizar transplantes. O SNT está presente, através das Centrais Estaduais de Transplantes, em 25 estados, e, em breve, todas as unidades da federação serão partes funcionantes do sistema (BRASIL, 2009). Além das centrais estaduais, existem oito centrais regionais, localizadas nos estados do Paraná e de Minas Gerais.

O novo modelo para captação de órgãos, Organizações de Procura de Órgãos, foi criado no Estado de São Paulo como um projeto piloto e posteriormente foi adotado para todo o território nacional.

Conforme já pontuamos, a política de transplantes muda frequentemente, o que expõe as fragilidades do modelo, que necessita corriqueiramente de correções e/ou ajustes de modo a atender as necessidades da população. Esses fatores de instabilidade, entre outras motivações, estão relacionados com a complexidade do processo de transplantes, o que indica que o SNT e suas instâncias devem ser alvo de estudos avaliativos que exponham seus principais problemas, bem como apontem soluções.

O Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, anexo da Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, normaliza o desenvolvimento de toda e

qualquer atividade relacionada à utilização de células, tecidos, órgãos ou partes do corpo para fins de transplante em todo o território nacional. O regulamento define que: doadores que tenham alguma doença transmissível passam a poder doar para pacientes que tenham a mesma enfermidade; a ficha do paciente deve estar sempre atualizada; pessoas abaixo de 18 anos passaram a ter prioridade para receber órgãos de doadores da mesma faixa etária. Todas as crianças e os adolescentes passaram a ter direito a se inscrever na lista para um transplante de rim antes de entrar na fase terminal da doença renal crônica e de ter indicação para diálise. Foram criadas de organizações de procura de órgãos. A doação intervivos de doador não aparentado passa a precisar de autorização de uma comissão de ética formada por funcionários dos hospitais.

O regulamento define ainda a estrutura de funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes, constituído da Coordenação Nacional, das Coordenações Estaduais, das Organizações de Procura de Órgãos e das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, regulamentando o credenciamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs Estaduais e Regionais.

O regulamento também estabelece as regras para o funcionamento de equipes especializadas e de estabelecimentos de saúde, determinando que a realização de transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes.

O sistema de lista única está devidamente regulamentado de acordo com os artigos e parágrafos:

Art. 28 - Todos os órgãos ou tecidos obtidos de doador falecido, que para a sua destinação contarem com receptores em regime de espera, deverão ser distribuídos conforme o Sistema de Lista Única.

Art. 29 - O Sistema de Lista Única previsto no inciso III do artigo 4º e nos incisos II, III e IV do artigo 7º do Decreto n.º 2.268, de 1997, é constituído pelos conjuntos de potenciais receptores inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, parte ou tecido e regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição destes órgãos, partes e tecidos a estes receptores.

Art. 30 - A inscrição dos pacientes no Sistema de Lista Única, conforme o disposto nos incisos II e III do artigo 7º do Decreto n.º 2.268, de 1997, dar-se-á na CNCDO com atuação na área de sua residência pelo estabelecimento de saúde ou pela equipe responsável pelo seu atendimento, obedecendo a critérios de inclusão específicos para tipo de órgão ou tecido.

§ 1º O paciente ao ser inscrito no sistema de lista única, conforme o disposto no inciso III do artigo 7º do Decreto n.º 2.268, de 1997, deve receber da CNCDO, o comprovante de sua inclusão, as explicações específicas sobre os critérios de distribuição do órgão ou tecido ao qual se relaciona como possível receptor e as demais informações sobre sua situação em lista (BRASIL, 2009).

Quanto à seleção dos doadores, o regulamento técnico estabelece:

Art. 37 - Todos os potenciais doadores de órgãos, tecidos e partes do corpo deverão ser submetidos aos seguintes procedimentos atendendo as normas de segurança para o receptor:

§ 1 - Avaliação de fatores de risco por meio de histórico de antecedentes pessoais e exame clínico – estas avaliações, em tudo que se aplique ao doador falecido, devem ser realizadas conforme as normas técnicas exaradas pelo Ministério da Saúde/ ANVISA relativas à proteção do receptor em hemoterapia (BRASIL, 2009).

Entre as diversas normas previstas na Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos, está definido especificamente que os transplantes de órgãos no Brasil, por doação ao Estado, só podem ser realizados após a morte cerebral do doador. A morte cerebral, natural ou por acidente deve ser devidamente diagnosticada por uma equipe médica e o transplante precisa ser autorizado pelo SNT.

No SNT do Brasil a fila para transplante de órgãos e tecidos é única. O atendimento, até recentemente, era por ordem de ingresso na fila. Entretanto, a partir da publicação da Portaria nº 2.600/2009, que regulamenta o funcionamento de controle das listas de espera, o critério de atendimento mudou.

A Portaria nº 2.600/2009 define um conjunto de critérios para o gerenciamento da fila, tendo como propósito garantir a equidade e a transparência na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes.

Art. 28. O Sistema de Lista Única será constituído pelo conjunto de potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, ou estrangeiros residentes no país inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, e regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição deles a estes potenciais receptores, assim constituindo o Cadastro Técnico Único – CTU (BRASIL, 2009).

Quanto à manutenção do cadastro de potenciais receptores e à operacionalização da distribuição de órgãos e tecidos, a Portaria nº 2.600/2009 define que:

Art. 36. A manutenção do cadastro de potenciais receptores será feita pela CNCDO, de acordo com informações encaminhadas pelas equipes transplantadoras e/ou unidades de diálise.

Art. 37. Para operacionalização da distribuição de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes pelas CNCDO e pela CNT, será utilizado o Sistema Informatizado de Gerenciamento - SIG do SNT/MS (BRASIL, 2009).

Em relação à organização, os critérios para classificação de doadores e receptores está assim descrita:

Art. 38. Para fins de organização, os critérios de classificação de doadores vivos e falecidos e dos potenciais receptores para distribuição dos órgãos, tecidos, células e partes captadas serão descritos nos seguintes módulos:

I - Módulo de Rim;

II - Módulo de Rim-Pâncreas;

III - Módulo de Pâncreas;

IV- Módulo de Fígado;

V - Módulo de Pulmão;

VI - Módulo de Coração;

VII - Módulo de Tecidos Oculares;

VIII - Módulo de Células-Tronco Hematopoéticas;

IX - Módulo de Tecidos Musculoesqueléticos;

X - Módulo de Pele; e

XI - Módulo de Tecidos Cardiovasculares (BRASIL, 2009).

Quanto à manutenção de pacientes no cadastro, a Portaria nº 2.600/ 2009 estabelece:

Art. 39. Quanto à manutenção no Cadastro, o status do paciente no CTU poderá ser:

I - ATIVO: refere-se ao receptor cujo cadastro esteja com seus exames pré-transplante completos e dentro do prazo de validade previsto e em condições clínicas adequadas para o transplante, condições em que o potencial receptor concorre à seleção configurada pelas características do enxerto, e por sua equipe assistencial, com sua anuência ou de seu responsável legal, para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

II - SEMI-ATIVO: refere-se a potenciais receptores cujo cadastro esteja com exames pré-transplante incompletos, transfundidos desde a última coleta para soro, ou sem condições clínicas adequadas para o transplante,

conclusão em que o potencial receptor não concorre, temporariamente, à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

III - INATIVO: refere-se ao receptor cujo cadastro apresente ficha complementar não atualizada pela equipe após três meses, condição por que a potencial receptor não concorre, temporariamente, à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e

IV - REMOVIDO: ocorre quando há abandono do tratamento, melhora da função inicialmente comprometida, ausência de condições clínicas que permitam a cirurgia, semiatividade prolongada em lista, transferência para outro Estado, transplante fora do Estado, desejo de não ser transplantado, transplante com doador vivo, evolução para óbito, condições em que o potencial receptor é afastado definitivamente do CTU para fins de seleção para alocação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; tudo que o sistema de informações deve permitir que o histórico do paciente removido seja rastreável (BRASIL, 2009).

Tal como o SUS, o SNT se inspira no texto da Constituição que reconhece a saúde como um direito social de todos os cidadãos, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de proteção e prevenção da saúde (BRASIL, 1991).

Vale salientar que toda a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos está em sintonia com a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990) (BRASIL, 1990) e a Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), que regem o funcionamento do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde ratificou as diretrizes constitucionais do sistema de saúde e ampliou as responsabilidades dos municípios na provisão dos serviços de saúde. Também criou mecanismos institucionais, definindo as atribuições de cada esfera de governo na gestão e nas competências sobre a organização dos serviços e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, vinculando a descentralização à municipalização (BRASIL, 1990). A lei nº 8.142/1990, por sua vez, tratou especificamente da alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde e do repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990). Ambas as leis são determinantes para o SNT, já que estabelecem as responsabilidades das diversas instâncias governamentais em questões gerais de saúde e por sua vez amparam os cidadãos que necessitam de transplantes, enquanto definem claramente a garantia específica de repasses financeiros para execução dos diversos procedimentos que se realizam no decorrer do processo de transplante.

A Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos está

fundamentada na Lei nº 9.434/1997 e na Lei nº 10.211/2001, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos. Estabelece também garantias e direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial através de autorizações e reautorizações de funcionamento de equipes e instituições.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de pesquisa

Um dos pontos dos quais partimos esteve relacionado ao fato de que para avaliar as instâncias em foco não seria suficiente levantar dados numéricos sobre seu funcionamento. Como a questão do transplante é extremamente complexa, envolvendo fatores diversos, entendemos que a realização de uma pesquisa associando estratégias qualitativas e quantitativas é que possibilitaria melhor apreender o modo de atuação da CNCDO do Ceará e das CIHDOTTs, entendidas como instâncias que operacionalizam a Política Nacional de Transplantes no território escolhido.

Mediante tal estratégia, foi possível avaliar do ponto de vista quantitativo se as metas desejáveis para a realidade do Ceará estão sendo atingidas. Também permitiu-nos sistematizar parte do conhecimento teórico sobre a temática em foco e explicitar algo sobre os meandros como a Política Nacional de Transplantes é operacionalizada no Ceará.

Segundo Lejano (2006), para se compreender porque políticas e instituições funcionam ou falham, é necessário penetrar no que essas entidades realmente são, pelo entendimento de sua realização na prática, não nos limitando apenas a perceber como estão constituídas formalmente. Segundo o autor, os métodos clássicos, que partem de uma lógica linear calcados em teste de hipóteses e na mensuração do objeto de estudo, constroem a aprendizagem e o entendimento na medida em que predeterminam o seu modo de análise.

Lejano (2006) ainda formula dois esquemas de avaliação, um positivista e outro denominado experiencial, pautados em sua proposta interpretativa, que ele denomina de pós-positivista.

Esta pesquisa se aproxima mais do esquema experiencial, não linear, desenvolvida como um processo circular entre a situação empírica e a reflexão realizada pela pesquisadora com base na fundamentação teórica. Segundo Lejano (2006), neste caso, a teoria emerge da prática e os dados provêm de fontes diversificadas de informação, como entrevistas e observações de campo, entre

outras. Desse modo, os resultados visam, sobretudo, possibilitar a ação de conhecer e compreender.

Sendo assim, esta pesquisa teve um caráter exploratório, pois entre suas metas principais estava ampliar o conhecimento sobre determinado problema pouco conhecido, esclarecendo ou modificando conceitos e ideias e possibilitando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2007). A pesquisa exploratória demandou levantamento bibliográfico e documental, além de entrevistas e observações da realidade pesquisada.

Segundo Ala-Harja (2000), a escolha entre diferentes métodos de avaliação é uma problemática que envolve diversos fatores, onde se inclui a opção por uma avaliação quantitativa e qualitativa.

A avaliação quantitativa trabalha com números ou variáveis, utilizando métodos estatísticos para identificar relações de causa e efeito, com resultados apresentados em forma de equações, tabelas e gráficos. A avaliação qualitativa utiliza-se principalmente de observações e entrevistas e apresenta relatórios mais discursivos (HOLANDA, 2006).

Tendo em vista as características do objeto de estudo já anunciado e a argumentação que viemos utilizando, na pesquisa recorreu-se a métodos de coleta quantitativos e qualitativos, associando a eles dados secundários disponíveis no IBGE, em publicações do Ministério da Saúde e na Secretaria de Saúde do Ceará e diversas outras fontes de informações disponíveis em livros e artigos científicos. A opção pela associação entre estratégias qualitativas e quantitativas amparou-se no convencimento de que elas não são excludentes, mas potencializadoras dos achados da pesquisa.

Segundo Günther (2006), a postura do pesquisador diante do seu objeto de estudo pode levar a estratégias de pesquisa diferentes, mas não significa que um ou outro atribuam maior valor ao contexto sociocultural da pesquisa. O autor afirma que o ato de se abordar indivíduos para que participem em pesquisa demonstra o reconhecimento da sua *expertise*. Da mesma maneira que é difícil defender a participação de todas as partes interessadas de uma pesquisa em todas as fases da

mesma, o pesquisador deve solicitar e utilizar os comentários dos seus sujeitos sobre a sua pesquisa. Queiroz (2006) enfatiza que ao lidar com ações e fatos relacionados ao comportamento, conceito e produtos que envolvam a ação humana, o pesquisador está lidando com palavras, gestos, arte, músicas e vários outros fatores carregados de simbolismo, que não podem ser quantificados, mas sim interpretados de forma particular, de acordo com a singularidade de cada contexto.

3.2 Técnicas de coleta de dados

A fim de atingir os objetivos propostos, foi feita pesquisa bibliográfica com o intuito de melhor apreender as abordagens teóricas disponíveis sobre a avaliação de políticas públicas e verificar a existência de estudos consistentes abordando o mesmo objeto da presente pesquisa.

Foi realizada pesquisa de dados secundários nos arquivos da CNCDO do Ceará, nos relatórios das CIHDOTTs e em publicações do IBGE e de órgãos governamentais, como Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e associações e entidades nacionais e internacionais relacionadas com transplantes, tal como Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). Essa fase ocorreu no período de janeiro de 2010 a fevereiro de 2011.

A última fase foi a pesquisa de campo ou coleta de dados empíricos, realizada no período de julho de 2010 a fevereiro de 2011. Os cenários foram a CNCDO do Estado do Ceará e CIHDOTTs de hospitais públicos, privados e filantrópicos de Fortaleza possuidores de tais comissões. Nessa fase foram aplicados questionários a 12 coordenadoras de CIHDOTTs em Fortaleza.

No Ceará, conforme informações obtidas na CNCDO em outubro de 2009, existiam 18 CIHDOTTs oficialmente constituídas e em funcionamento, sendo 14 em Fortaleza, uma em Sobral, uma em Juazeiro do Norte, uma em Barbalha e a outra na cidade do Crato (CGSNT, 2009).

A coleta de dados foi realizada somente em Fortaleza e junto às CIHDOTTs que, na ocasião da coleta de dados, já tinham sido implantadas há pelo menos um ano. Definimos este critério por entendermos que este tempo de

funcionamento conferiria aos integrantes das CIHDOTTs alguma experiência no trato das questões práticas relacionadas aos transplantes.

A coleta de dados da pesquisa foi desenvolvida de acordo com a dinâmica descrita a seguir.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia, foram feitas visitas exploratórias a fim de conhecer a dinâmica de funcionamento das comissões, identificar os profissionais atuantes nas mesmas e definir o cronograma de trabalho.

Inicialmente foi realizada entrevista semiestruturada (Apêndice A) com a coordenadora da CNCDO do Estado do Ceará para levantar informações sobre sua dinâmica de trabalho, o monitoramento das atividades das CIHDOTTs e as demais estratégias que adota para atingir as metas estabelecidas pela CGSNT.

Para Boni e Quaresma (2005), as entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha se distanciado do tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

A entrevista semiestruturada também tem como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Ela também possibilita abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes (BONI e QUARESMA, 2005).

Para o registro das informações colhidas por meio da entrevista

semiestruturada, utilizou-se um gravador. Para Yin (2005), o uso da gravação fornece uma expressão mais acurada de qualquer entrevista do que qualquer outro método. No entanto, o autor salienta que o gravador não pode ser utilizado quando não houver consentimento do entrevistado, quando não há um planejamento claro para transcrever o conteúdo das fitas ou quando o pesquisador é inábil com a aparelhagem mecânica, de modo que o gravador cause distração durante a entrevista.

Ao referir-se à precisão de informações, Gil (2007) afirma que o único modo de reproduzir respostas com precisão é registrá-las durante a entrevista, mediante anotações ou com uso de gravador. Todavia, as anotações apresentam inconvenientes, como os limites da memória humana e as distorções decorrentes dos elementos subjetivos. Para Minayo (2007), o uso do gravador é um instrumento de garantia fidedigna da conversa.

Posteriormente, foi realizada coleta de dados junto às CIHDOTTs por meio da aplicação de questionários (Apêndice B) aos respectivos coordenadores. O questionário foi estruturado com perguntas abertas e fechadas e tinha como propósito a identificação das CIHDOTTs, dos profissionais atuantes na equipe, da carga horária disponibilizada na CIHDOTT e dos recursos disponíveis. Objetivou ainda obter dados para a descrição das diversas atividades realizadas pela equipe, a identificação de um provável doador, passando pela captação, manutenção e retirada dos órgãos, bem como a sensibilização dos familiares para a doação efetiva dos órgãos.

O questionário é uma técnica de investigação composta por perguntas apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento das opiniões dos envolvidos na pesquisa, de seus interesses e suas expectativas (PARASURAMAN, 1991).

De posse dos resultados obtidos com os questionários, fizemos uma análise preliminar para agrupar as CIHDOTTs de acordo com eventuais semelhanças ou diferenças entre elas, como número de potenciais doadores identificados, número de pessoas com morte encefálica identificadas, formas de abordagem com os familiares e quantidade de efetivas doações, entre outras variáveis. Feito isso, escolhemos representantes dos diferentes tipos de comissões

identificadas. Para tanto, levamos em consideração, além das variáveis referidas: trabalhar com diferentes clientela (adultos, crianças), turnos de funcionamento e profissionais que compunham a comissão.

Tendo em vista isso, foram escolhidas três comissões para serem observadas, aqui identificadas como "A", "F" e "E".

A observação foi feita utilizando um Roteiro de Observação das CIHDOTTs (Apêndice C), tendo por base os parâmetros do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes e outros identificados como relevantes. Como teoricamente as CIHDOTTs funcionavam durante as 24 horas do dia, foi necessário realizar a observação de cada uma delas cobrindo todos os turnos e totalizando 168 horas de observação, com um mínimo de 24 horas e máximo de 72 horas em cada uma delas. Foram feitas observações também em dias úteis, finais de semana e em feriados com o propósito de captar informações sobre os fatos que ocorrem em dias atípicos de trabalho nos hospitais.

Também foram realizadas observações sobre a atuação da CNCDO do Estado do Ceará, levando em consideração também os mesmos aspectos relacionados a turnos e dias de observação, compreendendo um total de 56 horas. Isso teve como propósito constatar de que modo são operacionalizadas na prática as estratégias referidas pela coordenadora na entrevista anteriormente realizada.

A observação como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa é discutida por vários autores em diversos períodos, desde, entre outros, Goode e Hatt (1979), Triviños (1987) e o mais atual Gil (2007). Para Gil (2007), a observação constitui um elemento fundamental para a pesquisa. É, todavia, na fase de coleta de dados que o seu papel se torna mais evidente. Para efeitos científicos, requer planejamento em relação ao objeto da observação e como deve ser observado.

A observação foi utilizada como técnica na coleta de dados desta pesquisa, por permitir a captura de uma variedade de situações que normalmente não se poderia acessar por meio de questionários e entrevistas, pois é uma técnica que não consiste em apenas ver ou ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar.

Vale salientar que todos os instrumentos de coleta de dados foram

testados previamente para identificarmos sua clareza e efetuarmos os ajustes necessários.

3.3 Organização dos dados e análise dos resultados

Como nesta pesquisa foram colhidos dados qualitativos e quantitativos, tivemos que utilizar diferentes técnicas de análise. Para Minayo (2007), a utilização de métodos qualitativos permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Após o agrupamento dos dados da pesquisa, principalmente, os referentes à busca ativa dos potenciais doadores, às doações efetivas e aos transplantes realizados, os mesmos foram analisados em correlação com as diretrizes e metas da Política Nacional de Transplantes para explicitar a eficiência da atuação da CNCDO do Estado do Ceará.

Quanto aos documentos legais, foi dada especial atenção à legislação que formaliza a atual Política Nacional de Transplantes, especialmente à Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 (BRASIL, 1997), e às Portarias: nº 1.262/GM, de 06 de junho de 2006 (BRASIL, 2006), nº 2.600, nº 2.601 e nº 2.602, de 21 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009). Visamos com isto à apreensão dos seus conceitos fundantes e das contradições eventualmente existentes nos textos e ao entendimento dos objetivos, das metas das políticas, da sua abrangência e da efetiva ação das mesmas no Estado do Ceará.

Os dados obtidos através dos questionários foram agrupados, categorizados e tratados estatisticamente com frequência absoluta e relativa, gerando gráficos e tabelas, objetivando a análise e definição do perfil das CIHDOTTs, suas relações com a CNCDO do Estado do Ceará e as diretrizes definidas no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Após a realização da entrevista com a coordenadora da CNCDO do Estado do Ceará, a mesma foi transcrita, lida, analisada e comparada com os dados obtidos com os questionários, objetivando destacar suas interrelações com os objetivos e metas da Política Nacional de Transplantes.

As observações realizadas através do uso do *check-list* foram agrupadas em quadros de modo que permitiram evidenciar a dinâmica de ação de cada CIHDOTT.

Depois de consolidados, todos os dados foram analisados com base na literatura recente e nos parâmetros centrais da Política Nacional de Transplantes.

3.4 Procedimentos éticos

Segundo Scharamm (2002), a palavra *ethos* deu origem aos termos latinos *mos*, *moris*, que traduzidos significam moral. A palavra grega *ethos* na pluralidade de seus conceitos pode também significar o conjunto de hábitos ou costumes fundamentais de determinadas sociedades.

A ética que simbolizava uma configuração específica do conhecimento prático definido como discernimento passou a simbolizar um derivativo tecnológico da ciência, em que a racionalidade foi se tornando exclusivamente técnica onde a ação humana estaria envergada não mais ao discernimento entre o bem ou mal, justo ou injusto, certo ou errado, mas à administração técnica a partir de parâmetros científicos (SCHARAMM, 2002).

Entretanto, durante a Segunda Guerra Mundial, inúmeras atrocidades foram praticadas por médicos e cientistas nos campos de concentração nazistas. A partir de então, surgiram manifestações, objetivando resgatar os parâmetros éticos que deveriam ser praticados nas pesquisas científicas (SILVA, 2004).

Foi então criado o primeiro documento ético internacional, denominado Código de Nuremberg (1947), contendo as regras de conduta das atividades científicas, exigindo o consentimento livre do sujeito na pesquisa e redução de riscos e incômodos, incluindo a possibilidade de revogação de autorização pelo sujeito.

Essas regras de conduta buscaram resgatar referenciais mínimos para uma ação ética, referenciando o surgimento da primeira norma de ética aplicada, e também, o ressurgimento de um movimento que se denominou Bioética, que nada mais é do que a ética aplicada à vida.

Em 10 de outubro de 1996, o Conselho Nacional de Saúde,

fundamentado nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, publica a Resolução nº 196/96, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Como esta pesquisa foi realizada em hospitais, envolvendo diretamente seres humanos, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCIDE E), que significa a anuência do sujeito da pesquisa e/ ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar; formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa. Este termo tem como base a resolução 196/1996 das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Antes da realização de qualquer procedimento de coleta, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia, localizado em Fortaleza, tendo obtido aprovação através do parecer Nº CEP/CDERM - 10/2010 (Anexo A). Também foram solicitadas e obtidas autorizações formais das instituições que possuíam as CIHDOTs para a realização do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Dados de transplantes no Brasil e no Ceará

Antes de adentrar nos dados empíricos que permitem avaliar com maior profundidade o funcionamento da CNCDO do Estado do Ceará e das CIHDOTTs pesquisadas, é importante destacar e analisar o panorama dos transplantes de órgãos e tecidos no Brasil nos últimos anos, ressaltando, também, o desempenho do Ceará nesse contexto. Os dados contidos na tabela 3 mostram que, no Brasil, em 2009, o Estado de Alagoas foi o que teve o menor número absoluto de potenciais doadores (16) por milhão de habitantes (5,2%), conseguindo apenas 25% de efetivas doações, e destas houve 50% de órgãos aproveitados em retiradas múltiplas.

TABELA 3 - Dados globais da atividade de captação de órgãos por estado - 2009

Estado	Potenciais Doadores		Não Doadores		Doadores Efetivos			Retirada Múltipla de Órgãos	
	Nº	pmp/ano	Nº	%	Nº	pmp/ano	%	Nº	%
AC	19	28	15	78,9	4	5,9	21,1	4	100
AL	16	5,2	12	75	4	1,3	25	2	50
BA	320	22,7	267	83,4	53	3,8	16,6	51	96,2
CE	260	31,1	166	63,8	94	11,2	36,2	79	84
DF	169	69,1	140	82,8	29	11,9	17,2	15	51,7
ES	149	42,2	111	74,5	38	10,8	25,5	27	71,1
GO	219	37,4	190	86,8	29	4,9	13,2	12	41,4
MA	102	16,2	88	86,3	14	2,2	13,7	6	42,9
MT	61	20,9	54	88,5	7	2,4	11,5	7	100
MS	59	25,2	49	83,1	10	4,3	16,9	5	50
MG	462	23,4	313	67,7	149	7,5	32,3	63	42,3
PA	124	17	112	90,3	12	1,6	9,7	10	83,3
PB	112	30,6	101	90,2	11	3	9,8	11	100
PR	372	35,3	281	75,5	91	8,6	24,5	63	69,2
PE	251	29,2	181	72,1	70	8,1	27,9	55	78,6
PI	48	15,6	41	85,4	7	2,3	14,6	0	0
RJ	526	33,4	457	86,9	69	4,4	13,1	44	63,8
RN	90	29,1	82	91,1	8	2,6	8,9	2	25
RS	356	32,1	230	64,6	126	11,3	35,4	93	73,8
SC	277	45,7	157	56,7	120	19,8	43,3	102	85
SP	2.456	58,8	1751	71,3	705	16,9	28,7	586	83,1
SE	42	20,6	34	81	8	3,9	19	0	0
Total	6.490	34,2	4.832	74,5	1.658	8,7	25,5	1.237	74,6

Fonte: ABTO (2010)

Enquanto isso, na região Norte do País, o Acre teve o segundo menor número absoluto de potenciais doadores (19). Entretanto, conseguiu aproveitamento de 100% para retirada múltipla de órgãos nas doações efetivadas. Ressalte-se que

em outros estados da região Norte, como Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins não houve captação ou realização de transplantes.

Na mesma tabela constata-se que São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, todos da região Sudeste, foram os estados com maior número de potenciais doadores, respectivamente, 2.456, 526 e 462 pessoas identificadas. O Ceará aparece em oitavo lugar com 260 potenciais doadores identificados. Vale observar, entretanto, que o mesmo chegou a 36,2% de doações, atingindo 84,0% de retirada de múltiplos órgãos, o que o coloca em sexto lugar.

A tabela 4 mostra que em 2009 o Ceará teve destacado papel na realização de transplantes: esteve no topo nacional em relação aos transplantes de coração, só ficou atrás de São Paulo e Santa Catarina em transplantes de fígado, liderou as estatísticas em sua região no transplante de rim, onde esteve no sétimo lugar e o décimo terceiro em transplantes de córnea. Ressalte-se que o melhor desempenho dos estados das Regiões Sudeste e Sul nos transplantes de fígado e de rim, está estreitamente ligado à maior concentração de equipes e centros transplantadores nessas regiões (BRASIL, 2009).

TABELA 4 - Ranking nacional de transplante por órgãos (por milhão da população) 2009

Órgão	Posição do Ceará no Brasil	Estados à Frente do Ceará
Coração	1º	-
Fígado	3º	SP e SC
Rim	7º	SP, SC, PR, RS, ES e DF 1º entre as regiões Norte e Nordeste
Córneas	13º	DF, SP, PR, PE, MS, MG, GO, SC, RN, PB, RS e SE

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

Os dados contidos na tabela 5 mostram que, no Brasil, em 2010, os Estados do Acre e de Alagoas foram os que tiveram o menor número absoluto de potenciais doadores (15), sendo que Alagoas se destaca pela última posição quando analisada a sua participação no critério partes por milhão de habitantes (4,7%), ficando ainda pior que no ano de 2009 quando alcançou 5,2%. Fica constatado que na região Norte do País os estados do Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins mantiveram-se sem captar ou realizar transplantes.

TABELA 5 - Dados nacionais da atividade de captação de órgãos por estado - 2010

Estado	Potencial Doador		Doador Efetivo		Doador com Órgãos Transplantados		Retirada Múltipla de Órgãos		Não Doador	
	Nº	pmp/ano	Nº	pmp/ano	Nº	pmp/ano	Nº	%	Nº	%
AC	15	21,3	2	2,8	2	2,8	2	100,0	13	86,7
AL	15	4,7	4	1,2	4	1,2	2	50,0	11	73,3
BA	346	23,5	57	3,9	54	3,7	49	90,7	289	83,5
CE	325	37,9	127	14,8	122	14,2	104	85,2	198	60,9
DF	199	77,4	42	16,3	38	14,8	19	50,0	157	78,9
ES	169	48,6	46	13,2	44	12,6	40	90,9	123	72,8
GO	204	34,3	18	3,0	17	2,9	10	58,8	186	91,2
MA	111	17,2	11	1,7	11	1,7	1	9,1	100	90,1
MT	61	20,0	3	1,0	3	1,0	3	100,0	58	95,1
MS	80	33,3	9	3,8	8	3,3	5	62,5	71	88,8
MG	493	24,5	161	8,0	152	7,6	100	65,8	332	67,3
PA	97	13,0	9	1,2	9	1,2	7	77,8	88	90,7
PB	183	47,8	25	6,5	25	6,5	25	100,0	158	86,3
PR	370	34,6	93	8,7	73	6,8	65	89,0	277	74,9
PE	302	34,2	57	6,5	53	6,0	44	83,0	245	81,1
PI	91	28,5	8	2,5	8	2,5	4	50,0	83	91,2
RJ	498	31,5	80	5,1	80	5,1	55	68,8	418	83,9
RN	103	32,3	30	9,4	29	9,1	15	51,7	73	70,9
RS	368	33,7	133	12,2	128	11,7	89	69,5	235	63,9
SC	295	47,9	109	17,7	108	17,5	97	89,8	186	63,1
SP	2.621	63,8	872	21,2	872	21,2	504	57,8	1.749	66,7
SE	33	16,1	2	1,0	2	1,0	0	0,0	31	93,9
Total	6.979	36,4	1.898	9,9	1.842	9,6	1.240	67,3	5.081	72,8

Fonte: adaptado de ABTO (2011)

Ainda na mesma tabela, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, todos pertencentes à região Sudeste, mantiveram-se como os estados com maior número de potenciais doadores, respectivamente 2.621, 498 e 493 pessoas identificadas. Minas Gerais reduziu o número de potenciais doadores de 64 em 2009 para apenas 5 em 2010. O Ceará, por sua vez, aparece em sétimo lugar, com 325 potenciais doadores, um incremento de 65 pessoas em relação ao ano anterior, aproximando-se do estado da Bahia, que tem apenas 21 potenciais doadores a mais em 2010.

Sergipe e Mato Grosso aparecem com os piores resultados sobre doações efetivadas. São Paulo apresenta o maior número, alcançando 21,2 doações efetivas realizadas em 2010, enquanto os dois estados citados tiveram cada um apenas 1,0 doação por milhão de população. Em relação ao mesmo item, o Ceará aparece em quarto lugar com 14,8 doações efetivas, o que corresponde a mais que o dobro da média nacional.

A média nacional corresponde a 7,2 doações efetivas por milhão de população (ABTO, 2010). Entretanto, o Brasil ainda está distante de alcançar a

média dos países desenvolvidos, entre 15 e 25 pmp, e ainda mais da Espanha, possuidora da melhor relação de doadores efetivos, ou seja, 34 por milhão de população ano.

Os dados contidos na tabela 6 mostram que, em 2010, São Paulo teve o maior número de potenciais doadores (2.621), enquanto que Acre, Alagoas e Sergipe tiveram os menores números, respectivamente, 15, 15 e 33. A favor de São Paulo, vale lembrar que é a unidade da Federação mais populosa, onde se localiza o maior número de centros transplantadores do País, bem como há uma grande quantidade hospitais credenciados e de equipes qualificadas. Os outros três estados são menos populosos, possuem poucos centros transplantadores, havendo, portanto, carência de equipes qualificadas. Além disso, não se podem descartar elementos outros que funcionam como diferenças regionais importantes.

Mato Grosso, Sergipe e Goiás têm os maiores índices de parada respiratória, todos com valor superior a 36%. Isto indica que só são aproveitados tecidos, conforme foi visto na fundamentação teórica. Tal problema poderia ser minorado caso houvesse mais agilidade na identificação desses pacientes como potenciais doadores e se houvesse a manutenção hemodinâmica precoce a fim de que se evitasse a ocorrência de tantas paradas cardiorrespiratórias.

Na mesma tabela, constata-se que Bahia e Pernambuco foram os que tiveram os maiores índices de morte encefálica não confirmada, com 39,3% e 27,5%, respectivamente. Como se sabe, é necessário realizar a constatação da morte encefálica precocemente para que se proceda à manutenção hemodinâmica do possível doador, conseguindo-se, com isso, elevar os índices de efetivas doações. Vale destacar ainda que Bahia, Maranhão e Piauí são as unidades da Federação que possuem serviços com infraestrutura inadequada, o que certamente retarda o processo de transplante.

TABELA 6 - Causas da não-efetivação da doação de órgãos por Estado – 2010 (Analisadas sobre o número de potenciais doadores)

Estado	Potencial Doador		Não Autorização Familiar		Contra-indicação		Parada Cardiorrespiratória		Morte Encefálica Não Confirmada		Infraestrutura inadequada		Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AC	15		4	26,7	5	33,3	2	13,3	2	0	0	0	0	0
AL	15		4	26,7	3	20	0	0	2	0	0	0	2	13,3
BA	346		107	30,9	23	6,6	12	3,5	136	39,3	11	3,2	0	0
CE	325		80	24,6	36	11,1	73	22,5	3	0,9	0	0	6	1,8
DF	199		31	15,6	78	39,2	6	3	34	17,1	0	0	8	4
ES	169		41	24,3	41	24,3	23	13,6	7	4,1	2	1,2	9	5,3
GO	204		66	32,4	40	19,6	74	36,3	2	1	1	0,5	3	1,5
MA	111		37	33,3	9	8,1	23	20,7	24	21,6	3	2,7	4	3,6
MT	61		12	19,7	12	19,7	23	37,7	6	9,8	0	0	5	8,2
MS	80		20	25	41	51,3	8	10	0	0	0	0	2	2,5
MG	493		87	17,6	89	18,1	133	27	14	2,8	1	0,2	8	1,6
PA	97		43	44,3	16	16,5	20	20,6	4	4,1	2	2,1	3	3,1
PB	183		52	28,4	40	21,9	32	17,5	26	14,2	0	0	8	4,4
PR	370		90	24,3	137	37	50	13,5	0	0	0	0	0	0
PE	302		69	22,8	63	20,9	30	9,9	83	27,5	0	0	0	0
PI	91		41	45,1	26	28,6	11	12,1	0	0	3	3,3	2	2,2
RJ	498		126	25,3	112	22,5	140	28,1	25	5	0	0	15	3
RN	103		36	35	13	12,6	19	18,4	5	4,9	0	0	0	0
RS	368		99	26,9	46	12,5	88	23,9	0	0	0	0	2	0,5
SC	295		91	30,8	71	24,1	20	6,8	4	1,4	0	0	0	0
SP	2.621		654	25	83	3,2	480	18,3	0	0	0	0	532	20,3
SE	33		10	30,3	7	21,2	12	36,4	0	0	0	0	2	6,1
Total	6.979		1.800	25,8	991	14,2	1.279	18,3	377	5,4	23	0,3	611	8,8

Fonte: adaptado de ABTO (2011)

Ainda na tabela 6, verifica-se que o Piauí (45,1%) e o Pará (44,3%) tiveram os maiores índices de não efetivação da doação por falta de autorização familiar. Ressalte-se que entre todas as causas da não efetivação da doação a recusa familiar foi o maior indicador encontrado, com 25,8% de média no Brasil. Quase todos os estados apresentaram índice de não autorização familiar superior a 22%, com exceção de Mato Grosso (19,7%), Minas Gerais (17,6%) e Distrito Federal (15,6%). Já o Ceará, encontra-se na 16ª posição de não efetivação por não autorização familiar, com 24,6% de recusas e aparece na sétima posição quando a causa é parada cardiorrespiratória, com 22,5% de ocorrências, acima da média nacional que é de 18,3%.

O gráfico 1 mostra que o Ceará, no ano de 2010, ocupava a segunda posição em transplantes de coração, considerando o indicador por milhão de população, com índice de 1,9, perdendo para o Espírito Santo com 2,3, porém muito acima da média nacional que é 0,9 transplante por milhão de população.

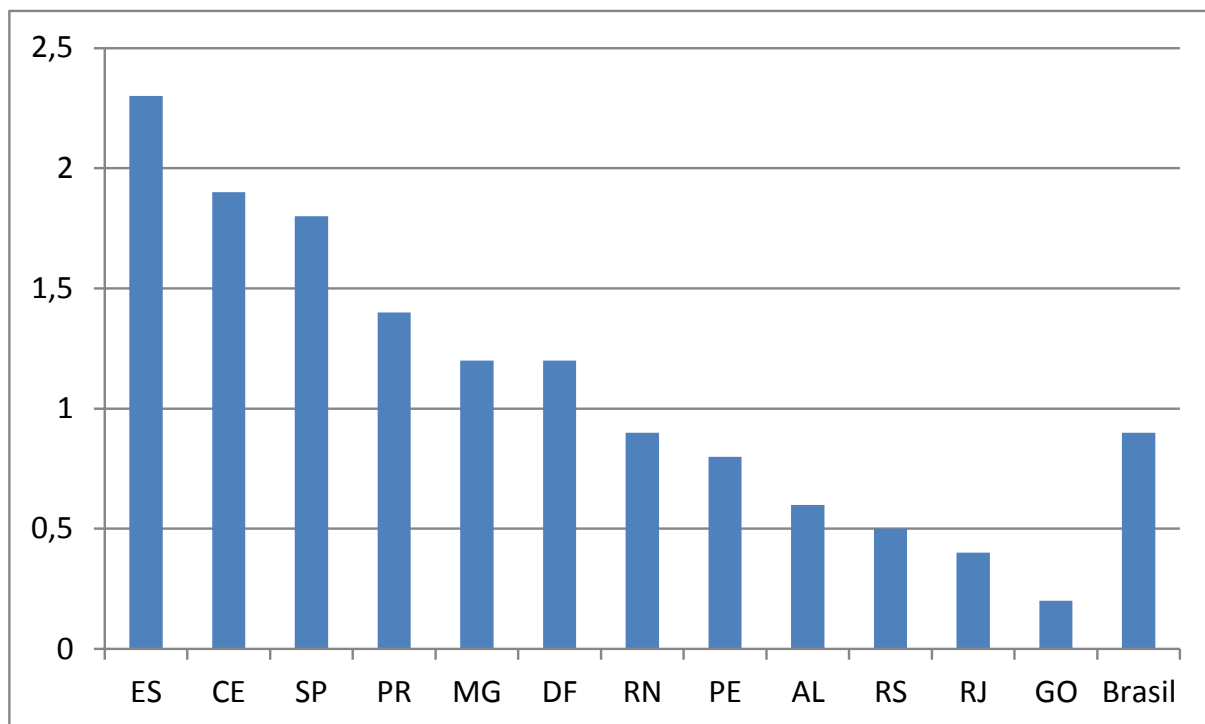


GRÁFICO 1 Transplantes de coração por Unidade da Federação em 2010 (por milhão de população)

Fonte: adaptado de ABTO (2011)

O gráfico 2 mostra a evolução dos transplantes de coração, no Brasil, em números absolutos entre 2009 e 2010. Verifica-se uma redução de 17% no número procedimentos realizados, declinando de 200 para 166 transplantes no período.

O Ceará, que estava na segunda posição em 2009, sendo superado apenas por São Paulo, caiu para a terceira em 2010, sendo então superado por Minas Gerais. No mesmo gráfico verifica-se que o Espírito Santo caiu da liderança em 2009 e quase não pontuou em 2010.

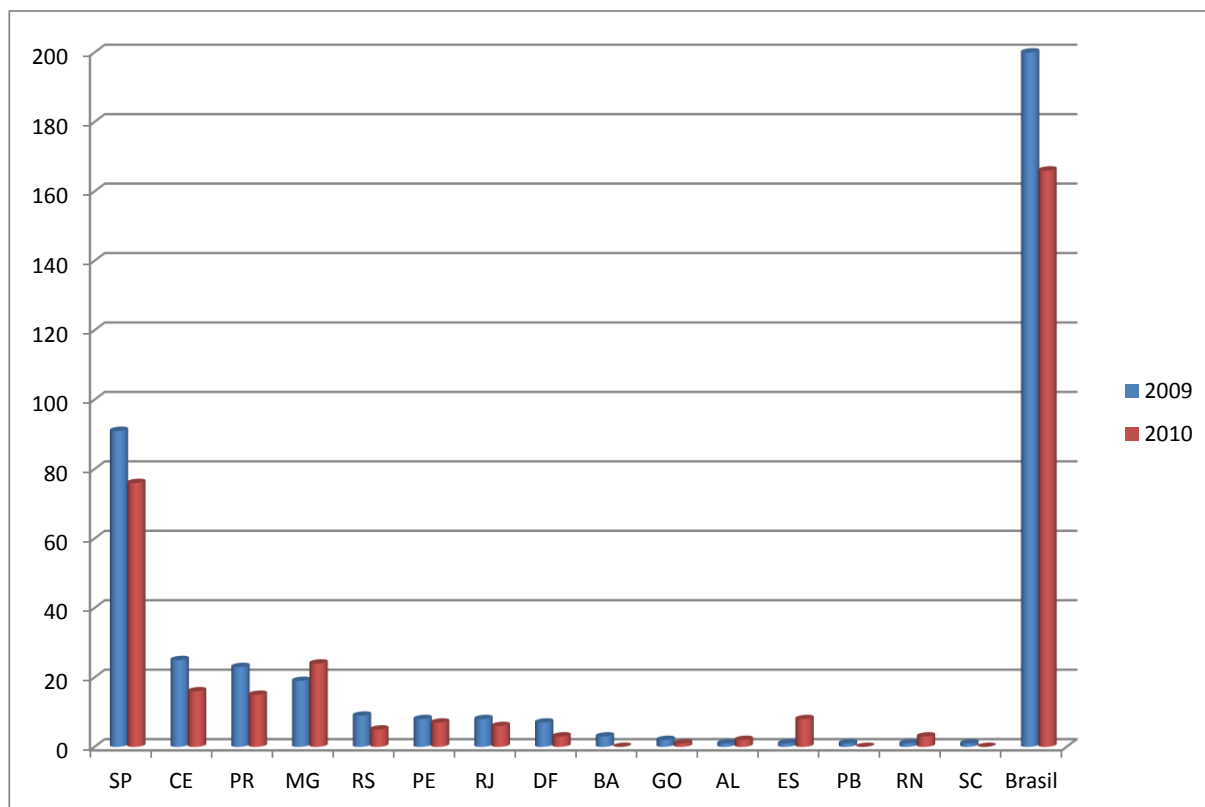


GRÁFICO 2 Evolução dos transplantes de coração em números absolutos, por estado, no período de 2009 a 2010

Fonte: Adaptado de ABTO (2009 e 2010)

Na tabela 7 verifica-se que o Ceará, em 2009, além de ocupar o segundo lugar em transplantes de coração, também teve posição de destaque na realização de outros tipos de transplantes: ocupou o quarto lugar em transplantes de fígado, sexto em transplante de córneas e o sétimo em transplantes de rim. É importante observar ainda que o Ceará foi líder em relação às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em 2009.

TABELA 7 - Ranking nacional de transplantes realizados em 2009 com posição do Ceará em destaque (transplantes em números absolutos)

Órgão	Posição do Ceará no Brasil	Estados à Frente do Ceará
Coração	2º	SP
Fígado	4º	SP, RS e SC 1º entre as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste
Rim	7º	SP, MG, RS, PR, SC e RJ 1º entre as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste
Córneas	6º	SP, MG, PR, PE e RS 1º entre as regiões Norte e Centro-Oeste

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

Considerando o indicador por milhão de população, o Ceará ainda

permaneceu em segundo lugar no ano de 2010, sendo superado apenas pelo Espírito Santo, conforme mostram os dados da tabela 8; ficou em terceiro lugar em transplante de fígado e de córnea e em quarto em transplante de rim.

TABELA 8 - Ranking nacional de transplantes realizados em 2010 com posição do Ceará em destaque (por milhão da população)

Órgão	Posição do Ceará no Brasil	Estados à Frente do Ceará
Coração	2º	ES
Fígado	3º	SP e SC
Rim	4º	SP, RS e SC
Córneas	11º	SP, DF, SC, PR, MS, GO, RN, RS, MG e PE
Pâncreas	3º	SP e SC
Medula Óssea	13º	SP, RJ, RS, PR, SC, PE, RN, GO, MG, ES, BA e MT

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

A tabela 9 apresenta o ranking nacional de transplantes em números absolutos no ano de 2010. Nela verifica-se que o Ceará posicionou-se na segunda colocação em transplantes de coração, atrás apenas de São Paulo. Também se posicionou bem em transplantes de fígado e de pâncreas, ocupando respectivamente a segunda e a terceira posição, sendo superado apenas por São Paulo. Em transplantes de medula óssea o Ceará caiu para a décima primeira posição.

TABELA 9 - Ranking nacional de transplantes realizados em 2010 com posição do Ceará em destaque (números absolutos)

Órgão	Posição do Ceará no Brasil	Estados à Frente do Ceará
Coração	2º	SP
Fígado	2º	SP
Rim	5º	SP, MG, RS e PR
Córneas	7º	SP, MG, PR, RS, PE e SC
Pâncreas	3º	SP e MG
Medula Óssea	11º	SP, RJ, RS, PR, MG, SC, PE, GO, RN e BA

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

O gráfico 3 mostra um incremento de 38,5% no ano de 2006 para 2007, de 19,5% entre 2007 e 2008 e apenas 3,7% entre 2008 e 2009, tendo crescimento significativo de 13,6% de 2009 para 2010.

Entre 2006 e 2010 o número de transplantes de córnea cresceu de 247 para 460, com um incremento de 86,23%, com queda temporária apenas em 2009

quando houve redução de 5,29% em relação ao ano anterior. Embora esse tipo de transplante tenha voltado a crescer em 2010, não foi retomado o patamar de 2008, quando foram realizados 473 transplantes de córnea no Estado do Ceará, conforme mostra o gráfico 3. Quanto aos transplantes de rim, houve um crescimento contínuo no período de 2006 a 2010, atingindo um total de 232 transplantes, com incremento de 101,79%.

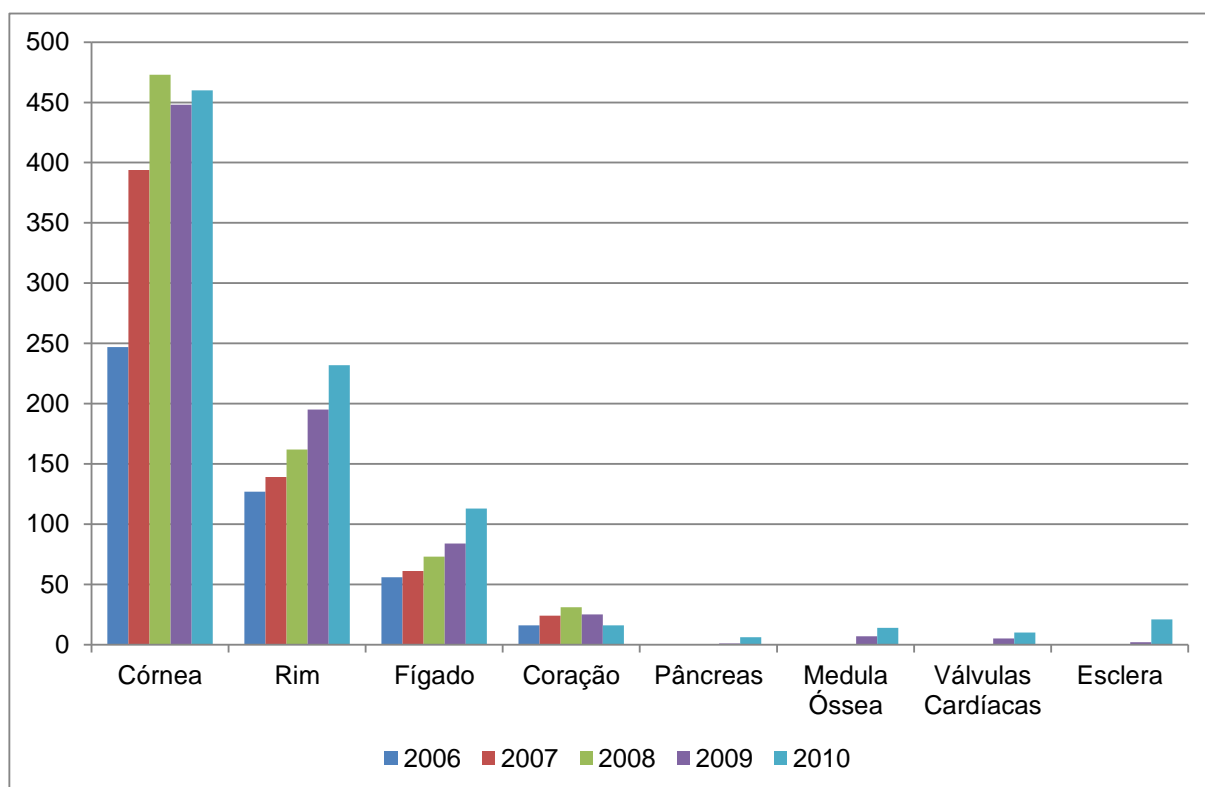


GRÁFICO 3 Comparativo do número de transplantes realizados no Ceará por órgão e tecido no período de 2006 a 2010

Fonte: Adaptado de CNCDO do Estado do Ceará (2011)

Em relação aos transplantes de coração a situação é diferenciada. Entre 2006 e 2008 houve um grande crescimento, com 31 transplantes realizados (93,75%), seguido de decréscimo entre 2009 e 2010, voltando ao patamar de 2006 com apenas 16 transplantes realizados. Os transplantes de pâncreas, medula óssea e válvulas cardíacas só começaram a ocorrer em 2009 e todos cresceram em 2010, sendo que os transplantes de pâncreas tiveram incremento de 500%, saindo de um para seis e o de esclera de dois para 21, com uma taxa de crescimento de 950%.

O número de doadores efetivos por milhão de população no Ceará vem crescendo desde 2006 a taxas bem superiores à média nacional. Em relação a esta taxa, em 2010 o Ceará cresceu 32,14% comparado com 2009, contra 13,79% da

média do Brasil no mesmo período, como pode ser visto na tabela 10.

TABELA 10 - Número de doadores efetivos por milhão da população no Ceará e no Brasil, entre 2006 e 2010

Doadores efetivos (pmp)	Ano				
	2006	2007	2008	2009	2010
Ceará	8,4	8,6	10,3	11,2	14,8
Brasil	6,0	6,2	7,2	8,7	9,9

Fonte: Adaptado de CNCDO do Estado do Ceará (2011)

Com relação à taxa de efetivação de doação para transplantes, podemos verificar que o Ceará, mesmo com as dificuldades referidas, teve um aumento de 36,50% para 39,00% contra uma redução da taxa Brasil de 25,5% para 24,3%, conforme podemos observar na tabela 11.

TABELA 11 - Taxa de efetivação de doação no Brasil e no Ceará de 2009 a 2010

Taxa de efetivação	2009	2010
Brasil	25,50%	24,30%
Ceará	36,50%	39,00%

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

A tabela 12 apresenta a variação do quantitativo de transplantes realizados no Ceará em 2009 e 2010. Entre 2009 e 2010 houve um crescimento de 13,6% no número total de transplantes. O número de transplante de coração teve redução de 36%, passando de 25 para 16, fazendo com que o Ceará perdesse a primeira posição por milhão de população atingida em 2009. O destaque ficou por conta dos transplantes de pâncreas, que de um realizado em 2009 chegou a seis em 2010. Os transplantes de medula óssea e de válvulas cardíacas tiveram um incremento de 100% e os de esclera passaram de dois transplantes em 2009 para 21 em 2010, incremento de 950%.

TABELA 12 - Comparativo do número de transplantes realizados no Ceará no período de 2009 a 2010

Órgãos e Tecidos / Ano	2009	2010	Variação %
Córnea	448	460	+2,6
Rim	195	232	+18,9
Fígado	84	113	+34,5
Coração	25	16	-36
Pâncreas	01	6	+500
Medula Óssea	07	14	+100
Válvulas Cardíacas	05	10	+100
Esclera	02	21	+950
Total	767	872	+13,6

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

A tabela 13 mostra a relação entre a movimentação de órgãos e tecidos entre a CNCDO do Ceará e a CNNCDO do Brasil. Ressalte-se que a CNCDO do Ceará é superavitária, pois, além da utilização dos órgãos nos centros de transplantes cearenses, ainda os disponibiliza para outras unidades da Federação.

TABELA 13 - Número de órgãos e tecidos disponibilizados e recebidos pela CNCDO/CE - janeiro a dezembro de 2010

Órgãos/tecidos	Enviado para a CNNCDO	Recebidos da CNNCDO	Diferença entre Recebidos e Enviados
Rim	19	02	-17
Córnea	-	08	08
Fígado	06	07	01
Total	25	17	-08

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

Em 2010, houve uma diferença favorável de 8 órgãos, principalmente, de rins, com a remessa de dezenove unidades contra dois recebimentos. Por outro lado, o Ceará recebeu somente córneas, não disponibilizando nenhuma para os demais estados.

Na tabela 14 temos um comparativo entre o hospital "A", referência em trauma do Ceará, e outros hospitais, mostrando a evolução entre 2008 e 2010 nos meses de janeiro e fevereiro. O hospital "A" vem perdendo participação entre os

hospitais do Ceará, saindo de 57% das notificações em 2008 para apenas 24% em 2010. É uma queda substancial de mais 33% no período. Essa queda pode ser explicada pela quase paralisação da CIHDOTT do referido hospital, que em 2010, durante a pesquisa, teve apenas uma enfermeira em atuação, demandando tempo substancial em deslocamento pelo hospital, inviabilizando um trabalho adequado. A enfermeira informou ainda que estava solicitando à direção do hospital a ampliação da equipe, com uma composição mínima de um médico, uma assistente social e dois técnicos de enfermagem, mantendo-se a enfermeira atual.

A coordenadora da CIHDOTT informou que no dia 01/11/10, devido ao feriado, o volume de potenciais doadores na unidade de recuperação do hospital inviabilizava a abertura de protocolos devido à insuficiência da própria equipe médica do hospital "A" para atendimento normal do hospital. Assim, seria inviável abrir o protocolo que inicia todo o processo de doação.

Constatamos durante as observações que o hospital não apresentava infraestrutura adequada para a CIHDOTT, pois não existiam sala nem equipamentos para uso direto pela Comissão. A equipe era formada por uma única enfermeira, com certeza insuficiente para o tamanho e complexidade de um hospital de emergência em trauma que atende a todo o Ceará e estados circunvizinhos. Para compensar a falta da CIHDOTT, a CNCDO do Ceará esforçava-se para estar bastante presente no hospital "A", assumindo parte das atividades que deveriam ser realizadas pela CIHDOTT.

TABELA 14 - Comparativo da evolução das notificações de potenciais doadores – Hospital "A" e outros hospitais – período: janeiro e fevereiro de 2008, 2009 e 2010

Hospital	Ano						Total	
	2008		2009		2010		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
A	20	57	16	48	12	24	48	41
Outros	15	43	17	52	37	76	69	59
Total	35	100	33	100	49	100	117	100

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

A tabela 15 apresenta a evolução das doações efetivas ocorridas no hospital "A" e nos demais hospitais do Ceará nos meses de janeiro e fevereiro de

2008 a 2010. Tal qual ocorreu com as notificações, o hospital "A" vem perdendo a participação, saindo de um índice de 75% em 2008 para 36% em 2010, reduzindo em 39% sua participação.

TABELA 15 - Comparativo das doações efetivadas pelo hospital "A" e outros hospitais – período: janeiro e fevereiro de 2008, 2009 e 2010.

Hospital	Ano						Total	
	2008		2009		2010		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
A	6	75	10	59	8	36	24	51
Outros	2	25	7	41	14	64	23	49
TOTAL	8	100	17	100	22	100	47	100

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

Segundo a tabela 16 tanto em 2009 quanto em 2010 houve aumento do número de potenciais doadores entre o primeiro e o segundo semestre. Em 2009 houve crescimento de 27 potenciais doadores contra 30 em 2010. Já as doações efetivas somaram apenas 5 entre o primeiro e o segundo semestre de 2009 e houve decréscimo de 3 em 2010. Houve crescimento de 69 potenciais doadores entre 2009 e 2010 contra apenas 34 doações efetivas no mesmo período.

TABELA 16 - Comparativo mensal entre o número de potenciais doadores e o de doadores efetivos no Ceará no período de 2009 a 2010

Mês	2009		2010		Variação %		Variação %	
	PD	DE	PD	DE	PD	DE	PD	DE
Janeiro	18	11	27	15	50,0	36,4		
Fevereiro	16	3	22	7	37,5	133,3		
Março	21	7	36	18	71,4	157,1		
Abril	14	10	20	7	42,9	-30,0		
Mai	22	9	23	10	4,5	11,1		
Junho	25	9	21	8	-16,0	-11,1		
Total 1º Semestre	116	49	149	65	28,4	32,7		
Julho	28	5	30	10	7,1	100,0		
Agosto	30	9	32	12	6,7	33,3		
Setembro	23	8	29	12	26,1	50,0		
Outubro	26	7	28	10	7,7	42,9		
Novembro	16	6	29	10	81,3	66,7		
Dezembro	20	9	31	8	55,0	-11,1		
Total 2º Semestre	143	44	179	62	25,2	40,9		
Total Geral	259	93	328	127	26,6	36,6		

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

O gráfico 4 também ilustra a variação entre 2009 e 2010 do número de

potenciais doadores e doadores efetivos distribuídos ao longo dos meses do ano. Observa-se que há picos de variação de doadores efetivos em três momentos específicos: grande pico em fevereiro e março, outro menor em julho e outro menor ainda em dezembro, acompanhando os picos de variação de potenciais doadores, exceto em dezembro, quando a variação de potenciais doadores superou a de doadores efetivos.

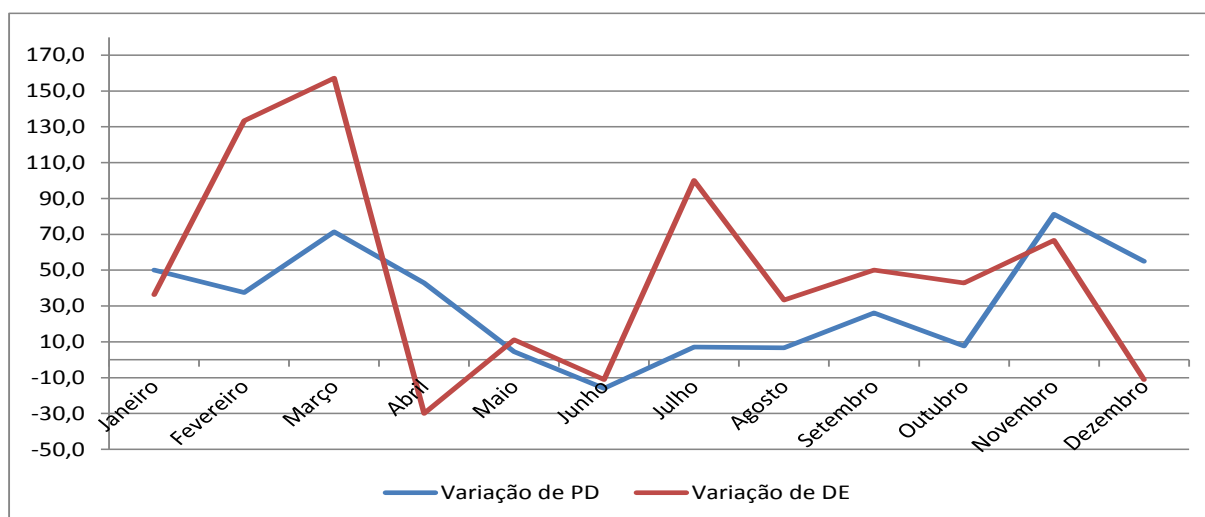


GRÁFICO 4 Variação de potenciais doadores e doações efetivas distribuídas ao longo de 2010
Fonte: Adaptado de CNCDO do Estado do Ceará (2011)

A tabela 17 apresenta o comparativo de notificações de potenciais doadores e as doações efetivas ocorridas por hospital no Ceará em 2010. Observa-se que o maior notificador de potenciais doadores foi o hospital "A", com 124 notificações, porém o índice de doação efetiva foi de apenas 47,6%. O hospital "B" aparece em segundo lugar, com 67 notificações, porém com apenas 26,9% de doações efetivas. O hospital "D", localizado no interior, o quarto colocado em notificações, tem um índice de doações efetivas de 45,5%, sendo superior ao do hospital "C", sediado em Fortaleza, com 38,5% de doações, e ao hospital "B" já citado.

Observando ainda a tabela 17, verifica-se a ausência do hospital "V" que abriga o maior centro transplantador do Estado do Ceará, porém não participante como notificador de potenciais doadores nem como doador efetivo, sendo que em 2010 registrou oficialmente junto à CNCDO do Ceará 406 óbitos. Insignificantes são os dados referentes às unidades hospitalares "K", "T" e "U", com notificação de apenas 3, 1 e 1 potenciais doadores, respectivamente, para um total de óbitos de

282, 81 e 172 registrados em 2010. O hospital "F", referência em cardiologia e pneumologia para as regiões Norte-Nordeste, no mesmo ano, registrou 1.358 óbitos para apenas 8 notificações de potenciais doadores e somente 2 doações efetivas no período. Vale salientar que todas essas unidades hospitalares são integrantes da rede pública. Portanto, esses são sérios entraves a operacionalização da Política Nacional de Transplantes no Ceará.

TABELA 17 - Notificações de potenciais doadores e doações efetivas - 2010

Hospital	Notificações	Doações Efetivas	%
A	124	59	47,6
B	67	18	26,9
C	65	25	38,5
D	11	5	45,5
E	9	3	33,3
F	8	2	25,0
G	6	1	16,7
H	6	1	16,7
I	5	2	40,0
J	4	1	25,0
K	3	2	66,7
L	2	1	50,0
M	2	1	50,0
N	2	0	0,0
O	1	1	100,0
P	1	1	100,0
Q	1	1	100,0
R	1	1	100,0
S	1	0	0,0
T	1	0	0,0
U	1	0	0,0
Total	321	125	38,9

Fonte: CNCDO do Estado do Ceará (2011)

Segundo Garcia (2000), estima-se que somente de 1% a 4% das pessoas que morrem em hospital e de 10% a 15% daquelas que morrem em unidade de cuidados intensivos apresentam o quadro de morte encefálica, sendo, portanto potenciais doadores. Uma estimativa aceitável é que a taxa de potenciais doadores esteja entre 50 pmp/ano e 60 pmp/ano. Desses potenciais doadores, somente 15% a 67% tornam-se doadores efetivos, devido à não detecção e/ou não notificação da morte encefálica ou a contraindicações médicas ou problemas na manutenção do doador cadáver em 15% a 40% dos casos ou, ainda, em razão da recusa familiar à

doação em 20% a 50% das situações.

Partindo das projeções citadas por Garcia (2000), o potencial de doadores efetivos do Ceará em 2010 poderia ter sido de 2,5 vezes a 3,8 vezes maior do que o ocorrido, atingindo cifras entre 804 e 1.205 notificações no período, conforme mostra a Tabela 18. Em 2010 ocorreram apenas 294 notificações, o que é compatível com hospitais sem UTI, o que não é o caso dos hospitais analisados.

Com relação às doações efetivas, em 2010 foram realizadas 116 no Ceará, abaixo do mínimo esperado para unidades hospitalares com UTI. Segundo as estimativas citadas por Garcia (2000), esse número poderia variar de 121, caso atingíssemos o percentual de 15% sobre 10% dos potenciais doadores de hospitais com UTI, a 808 para um percentual de 67% de doações efetivas sobre 15% dos potenciais doadores de hospitais com UTI.

TABELA 18 - Projeção de potenciais doadores e doações efetivas em 2010 de acordo com as taxas esperadas para os hospitais com CIHDOTTs no Ceará

Hospital	Óbitos	%	Potenciais doadores	Doações efetivas	Potenciais doadores				Doações efetivas			
					Hospital sem UTI		Hospital com UTI		Doações efetivas a 15% sobre potencial doador a 10%	Doações efetivas a 67% sobre potencial doador a 10%	Doações efetivas a 15% sobre potencial doador a 15%	Doações efetivas a 67% sobre potencial doador a 15%
					Potencial doador a 1%	Potencial doador a 4%	Potencial doador a 10%	Potencial doador a 15%				
C	1.992	24,79	65	25	20	80	199	299	30	133	45	200
B	1.561	19,43	67	18	16	62	156	234	23	105	35	157
F	1.358	16,90	8	2	14	54	136	204	20	91	31	136
A	1.188	14,79	124	59	12	48	119	178	18	80	27	119
V	406	5,05	-	-	4	16	41	61	6	27	9	41
D	390	4,85	11	5	4	16	39	59	6	26	9	39
E	375	4,67	9	3	4	15	38	56	6	25	8	38
K	282	3,51	3	2	3	11	28	42	4	19	6	28
I	174	2,17	5	2	2	7	17	26	3	12	4	17
U	172	2,14	1	0	2	7	17	26	3	12	4	17
T	81	1,01	1	0	1	3	8	12	1	5	2	8
X	56	0,70	-	-	1	2	6	8	1	4	1	6
Total Geral	8.035	100,00	294	116	80	321	804	1.205	121	538	181	808
Potencial de Crescimento							2,5	3,8	1,0	4,6	1,6	7,0

Fonte: CNCDO do estado do Ceará (2011).

4.2 Caracterização das CIHDOTTs e instituições hospitalares

A tabela 19 apresenta algumas características dos coordenadores das CIHDOTTs quanto ao sexo, faixa etária, estado civil e profissão. Constatamos que todos são do sexo feminino e enfermeiras. Estes dois dados são convergentes, pois há estudos mostrando que a maioria dos que trabalham em enfermagem, nos diversos níveis, pertencem ao sexo feminino (PINHO, 2001), chegando a 90% em algumas pesquisas (MORITA, 2009).

Deve ser ressaltado que, a despeito de haver recomendação formal para o trabalho interdisciplinar, todas as CIHDOTTs são coordenadas por enfermeiras. Além do mais, conforme destacaremos mais adiante, foram encontradas CIHDOTTs que não mereceriam tal denominação, pois durante a realização da pesquisa tinham somente uma enfermeira que acumulava coordenação e execução do trabalho em um dos hospitais.

TABELA 19 - Caracterização dos coordenadores das CIHDOTTs segundo sexo, idade, estado civil e profissão

Variáveis	Quantidade
Sexo	
Masculino	0
Feminino	11
Faixa etária	
Menos de 40 anos	2
40 a menos de 50 anos	5
50 a menos de 60 anos	4
Estado civil	
Solteiro	3
Casado	7
Desquitado	1
Profissão	
Enfermeira	11

Fonte: Elaborado pela autora

Na mesma tabela, constatamos que duas coordenadoras têm menos de 40 anos e as demais têm entre 40 e menos de 60 anos. Sendo assim, podemos afirmar que as CIHDOTTs estão sob o comando de profissionais experientes e com bastante vigor para o trabalho.

A tabela 20 traz a caracterização das coordenadoras quanto às

universidades de origem e ao tempo de formatura. Constatamos que a maioria se formou em universidades públicas do Ceará ou da Região Nordeste. Apenas três delas têm menos de 10 anos de formatura, e as demais têm entre 10 e mais de 20 anos, o que é coerente com o largo tempo de experiência profissional referido no parágrafo anterior.

TABELA 20 - Caracterização das coordenadoras das CIHDOTTs segundo a instituição e tempo de formatura

Variáveis	Quantidade
Instituição de formatura	
UECE	4
UFC	3
Unifor	3
UFPB	1
Tempo de formatura	
De três a menos de 10 anos	1
10 a menos de 20 anos	1
20 anos e mais	9

Fonte: Elaborado pela autora

Os dados contidos na tabela 21 mostram que apenas uma entre as onze coordenadoras das CIHDOTTs acumula outra função onde trabalha, no caso como chefe da UTI da unidade hospitalar. Isso é compreensível, tendo em vista que mais da metade delas dedica pelo menos 6 horas diárias à CIHDOTT.

TABELA 21 - Caracterização das coordenadoras das CIHDOTTs segundo o cargo que ocupam na instituição hospitalar, tempo de atuação na comissão, carga horária dedicada e realização anterior de treinamento

Variável	Quantidade
Cargo na instituição	
Chefe da UTI e coordenador da CIHDOTT	1
Coordenador da CIHDOTT	10
Tempo de atuação na CIHDOTT	
Menos de um ano	1
Um ano a menos de cinco anos	7
Cinco a menos de 10 anos	3
Carga horária diária na CIHDOTT	
Quatro horas	2
Oito horas	6
Varia segundo a demanda	3
Treinamento anterior para atuar na CIHDOTT	
Sim	9
Não	2

Fonte: Elaborado pela autora

Dez das coordenadoras têm tempo de atuação na CIHDOTT que varia de mais de um a menos de dez anos, dado que complementa a informação de que têm larga experiência. Essas são ainda mais qualificadas, tendo em vista que nove também foram treinadas para atuar nessas comissões.

Os dados da tabela 22 mostram que todos os hospitais possuem mais de 80 leitos. Hospitais com esse porte devem obedecer à exigência legal de possuir CIHDOTT, conforme a Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005). As CIHDOTTs instaladas possuem de três a dez anos de funcionamento.

Outros dados das instituições hospitalares onde funcionam as CIHDOTTs: oito são do tipo geral e atendem várias especialidades; duas são do tipo geral e maternidade; uma é do tipo Infantil. Sete das instituições são de categoria pública e quatro são de categoria privada. Todas elas realizam atendimento de alta complexidade, emergência e/ou de UTI, particularidades que favorecem sobretudo a ocorrência de eventos predisponentes a gerar significativo número de potenciais doadores para transplante.

TABELA 22 - Caracterização das instituições pesquisadas segundo o tipo, categoria, especialidade, total de leitos, número de leitos em UTI e tempo de funcionamento da CIHDOTT em 2010

Variáveis CIHDOTT	Tipo	Categoria	Especialidade	Total de leitos	Leitos de UTI	Tempo de CIHDOTT (anos)
C	Geral	Público	Emergência (clínica) UTI	438	36	10
K	Geral e Maternidade	Público	Emergência (obstétrica) UTI	238	12	8
L	Geral	Privado	Emergência UTI	120	18	3
V	Geral	Público	Alta Complexidade UTI	242	13	3,5
G	Geral	Privado	Emergência UTI	200	45	4
N	Geral e Maternidade	Privado	Maternidade UTI	116	17	5
A	Geral	Público	Emergência (cirúrgica) UTI	409	36	7
U	Geral	Público	Emergência UTI	248	21	5
E	Infantil	Público	Emergência UTI	380	22	3
H	Geral	Privado	Emergência Alta Complexidade UTI	265	48	4
F	Geral	Público	Emergência Alta Complexidade UTI	305	64	6
Total				2.961	332	-

Fonte: Elaborado pela autora

A tabela 23 mostra a caracterização das CIHDOTTs quanto à categoria profissional de seus integrantes e outras variáveis relacionadas à identificação dos possíveis doadores. Segundo a Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006 (BRASIL, 2006), as CIHDOTTs devem ser compostas por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

TABELA 23 - Caracterização das CIHDOTTs segundo a profissão do coordenador, tempo de funcionamento, número e categoria profissional dos integrantes, frequência de identificação de possíveis doadores

Variáveis CIHDOTT	Profissão do coordenador	Tempo de funcionamento (anos)	Integrantes		Frequência de identificação de possíveis doadores
			Profissão	Número	
C	Enfermeira	10	Médico	1	2 vezes ao dia
			Enfermeira	2	
			Assistente Social	2	
K	Enfermeira	8	Médico	3	1 vez ao dia
			Enfermeira	1	
			Assistente Social	4	
L	Enfermeira	3	Médico	1	1 vez ao dia
			Enfermeira	3	
			Psicóloga	1	
V	Enfermeira	3,5	Enfermeira	1	1 vez ao dia
G	Enfermeira	4	Médico	1	1 vez ao dia
			Enfermeira	3	
N	Enfermeira	5	Enfermeira	2	1 vez ao dia
A	Enfermeira	7	Enfermeira	1	1 vez ao dia
U	Enfermeira	5	Médico	1	1 vez ao dia
			Enfermeira	3	
			Assistente Social	1	
E	Enfermeira	3	Médico	1	3 vezes ao dia
			Enfermeira	1	
			Assistente Social	1	
			Psicólogo	1	
			Tec. Enfermagem	1	
H	Enfermeira	4	Médico	1	Após identificação de possível doador
			Enfermeira	2	
			Assistente Social	1	
			Psicólogo	1	
F	Enfermeira	6	Médico	1	2 vezes ao dia
			Enfermeira	4	
			Assistente Social	1	

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à composição das CIHDOTTs, verificamos variação de um a oito componentes e nem todas as CIHDOTTs apresentam o quadro mínimo previsto na legislação. A CIHDOTT com a maior variação de componentes quanto à profissão (cinco categorias profissionais) é a que realiza com maior frequência a busca ativa de possíveis doadores, três vezes ao dia. Quanto a esse aspecto, ficou constatado que predomina frequência de uma busca por dia. Em uma das instituições, a CIHDOTT não realiza busca ativa, atuando apenas por demanda, ou seja, quando um provável doador é identificado.

Quanto à categoria profissional, cinco CIHDOTTs contam com médicos e enfermeiros, sendo que três delas têm também um assistente social ou psicólogo, o que teoricamente significa uma CIHDOTT mais capacitada para realizar suas atividades.

O segundo maior hospital em número de leitos na especialidade de emergência, possuidor de UTI (hospital "A") e um hospital escola (Hospital "V"), ambos pertencentes ao setor público, tinham apenas uma enfermeira atuando na CIHDOTT por ocasião da realização da coleta de dados desta pesquisa. Vale salientar que CIHDOTTs com poucos integrantes ou funcionando com apenas um profissional não têm condições de efetivar busca ativa frequentemente nem de concretizar significativo número de efetivas doações, um dos grandes objetivos do Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às CIHDOTTs (BRASIL, 2006).

O quadro 1 mostra os profissionais que realizam as principais atividades das CIHDOTTs, quais sejam a busca ativa, a primeira e segunda avaliação clínica dos possíveis doadores, bem como a comunicação de morte encefálica à CNCDO do Ceará e sensibilização de familiares de potenciais doadores.

No referido quadro constatamos que as enfermeiras estão presentes em 87% das atividades que necessitam da atuação de um profissional para condução do processo de doação. Já os médicos envolvem-se proporcionalmente em bem menos atividades, 29%. Assistentes sociais, psicólogos e técnicos e auxiliares de enfermagem atuam quase só na sensibilização dos familiares de potenciais doadores, o que ficou comprovado também quando das observações realizadas. Do conjunto dos dados, podemos deduzir que as enfermeiras são os profissionais mais participativos e mais versáteis das CIHDOTTs estudadas.

Variáveis CIHDOTT	Busca ativa de potenciais doadores	1ª avaliação de possíveis doadores	2ª avaliação de possíveis doadores	Comunicação de morte encefálica à CNCDO	Sensibiliza familiares de potenciais doadores
C	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira
K	Enfermeira Médico Plantonista	Médico Plantonista da UTI	Médico	Enfermeira, Médico	Enfermeira, Assistente Social, Auxiliar, Técnico de Enfermagem, Médico
L	Enfermeira	Médico	Médico	Enfermeira	Enfermeira, Psicólogo
V	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira
G	Enfermeira	Médico	Médico	Enfermeira	Enfermeira, Médico Plantonista
N	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira
A	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira, Assistente Social
U	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira, Médico Plantonista	Médico	Enfermeira, Assistente Social, Médico
E	Enfermeira, Técnico de Enfermagem	Enfermeira, Técnico de Enfermagem	Enfermeira, Médico	Enfermeira, Técnico de Enfermagem	Enfermeira, Técnico de Enfermagem, Assistente Social
H	Enfermeira, Psicóloga	Enfermeira, Médico	Enfermeira, Médico	Enfermeira	Enfermeira, Psicóloga
F	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira

QUADRO 1 - Caracterização das CIHDOTTs segundo os profissionais que fazem busca ativa, realizam avaliação, comunicam a CNCDO sobre morte encefálica e sensibilizam familiares de potenciais doadores de órgãos

Fonte: Elaborado pela autora

A caracterização das CIHDOTTs segundo a existência de sistema informatizado para envio de notificações à Central Estadual, a disponibilidade de equipe e de equipamentos para diagnóstico de morte encefálica encontra-se no quadro 2.

Somente três das CIHDOTTs possuem sistema informatizado para a troca de informações com a CNCDO do Ceará, as dos hospitais "C", "V" e "F", todos integrantes da rede pública. Das instituições pesquisadas, nove não possuem

equipe própria para o diagnóstico de morte encefálica e apenas quatro possuem equipamento para realizar diagnóstico dessa condição. Sete das instituições hospitalares não possuem sistema informatizado para troca de informações com a CNCDO do Estado do Ceará, nem equipe própria, nem equipamentos para diagnóstico de morte encefálica de potenciais doadores.

Variáveis CIHDOTT	Sistema informatizado		Equipe para diagnóstico de morte encefálica		Equipamentos para diagnóstico de morte encefálica	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
C	X		X		X	
K		X		X		X
L		X		X	X	
V	X			X		X
G		X		X		X
N		X		X		X
A		X		X		X
U		X		X		X
E		X	X		X	
H		X		X	X	
F	X			X		X

QUADRO 2 - Caracterização das CIHDOTTs segundo a existência de sistema informatizado para envio de notificações à central estadual, a disponibilidade de equipe e de equipamentos para diagnóstico de morte encefálica

Fonte: Elaborado pela autora

Os resultados constantes do quadro acima permitem afirmar que nas instituições pesquisadas há fatores humanos, estruturais e tecnológicos que representam sérios entraves à operacionalização da Política Nacional de Transplantes no Ceará, com desdobramentos para outras unidades da Federação, uma vez que o sistema de transplantes é integrado e a fila de espera é única. Certamente estes fatores impactam negativamente na agilidade e no quantitativo de transplantes que se realizam.

CIHDOTT	Para realização dos objetivos gerais da CIHDOTT	Para manutenção do possível doador
C	Falta de estrutura física e de recursos humanos com liberação de carga horária para atuar na CIHDOTT.	A CIHDOTT efetivamente funciona apenas com a enfermeira e a coordenadora; não tem área física específica e não possui equipamentos próprios.
K	Pouco envolvimento dos médicos, especialmente dos intensivistas no processo de abertura do protocolo.	Há casos em que há potenciais doadores, mas alguns médicos têm resistência em abrir o protocolo e manter o paciente até a confirmação da captação.
L	Falta material de divulgação para a CIHDOTT.	O nível de informação dos familiares é baixo.
V	Falta colaboração por parte dos profissionais do hospital.	Falta de sensibilidade e apoio das equipes das unidades captadoras.
G	Na realização dos exames.	Realização dos exames; burocracia de transferência do doador.
N	Falta de colaboração de alguns profissionais da área.	Desconhecimento de alguns profissionais sobre o processo.
A	Falta de apoio da direção na implantação da comissão.	Falta de pessoa de nível técnico, sobrecarga dos plantonistas (e falta de comissão?).
U	Falta definição sobre horário específico para realização das atividades da CIHDOTT.	Quase não há doador por morte encefálica.
E	Abertura do protocolo de morte encefálica em tempo hábil.	Dificuldades da equipe da UTI e superlotação.
H	Incidência de óbitos fora do perfil.	Nenhuma.
F	Demora de familiares vindos do interior e crença em certos dogmas.	Com a equipe médica e de enfermagem.

QUADRO 3 - Opinião dos coordenadores das CIHDOTTs sobre as dificuldades enfrentadas
Fonte: Elaborado pela autora

O quadro 3 apresenta a opinião dos coordenadores das CIHDOTTs quanto às dificuldades encontradas para a realização dos objetivos gerais de cada CIHDOTT e para a manutenção hemodinâmica do possível doador até a coleta do órgão para transplante, após a autorização dos familiares.

Dentre as dificuldades citadas, podemos destacar a questão de pessoal, que vai desde a falta direta de recursos humanos, passando pela não liberação de carga horária dos profissionais envolvidos, até a falta de envolvimento e colaboração dos profissionais e gestores das instituições hospitalares. Outro item de importância é o tempo para abertura do protocolo de morte encefálica, fator primordial para o sucesso de um transplante.

Quanto à manutenção hemodinâmica de um possível doador, destaca-se a falta de profissionais, o que já foi ressaltado como dificuldade no item anterior, aliado à resistência de alguns médicos em abrir o protocolo para realizar a devida manutenção hemodinâmica. Há casos em que eles têm que optar por socorrer pacientes em situação de emergência, e que seriam definitivamente prejudicados caso fossem mantidos em espera. A tudo isso se soma a falta de sensibilidade e apoio de algumas equipes das unidades captadoras. Além disso, pode-se considerar ainda o desconhecimento de alguns profissionais sobre o processo de transplante e a sobrecarga de trabalho dos plantonistas, principalmente, nos hospitais públicos.

Outro item a ser considerado como dificultador para a manutenção do possível doador está na falta de prioridades e senso de urgência na realização dos exames necessários para a comprovação de morte encefálica.

No quadro 4 encontra-se a opinião dos coordenadores sobre a suficiência do tamanho das equipes para atendimento das demandas de uma CIHDOTT e o envolvimento de outros profissionais.

CIHDOTT	O tamanho atual da equipe é suficiente para atendimento das atividades da CIHDOTT?	Existem outros profissionais do hospital envolvidos com a CIHDOTT?
C	Não	Sim
K	Não	Sim
L	Sim	Sim
V	Não	Não
G	Sim	Não
N	Sim	Não
A	Não	Sim
U	Sim	Sim
E	Sim	Sim
H	Não	Não
F	Sim	Sim

QUADRO 4 - Opinião dos coordenadores sobre a suficiência no tamanho das equipes das CIHDOTTs e envolvimento de profissionais de outras áreas

Fonte: Elaborado pela autora

Entre as onze CIHDOTTs pesquisadas, cinco coordenadores afirmaram que o tamanho atual das equipes é insuficiente para o atendimento das necessidades e realização das muitas atividades. Como já visto no quadro anterior,

os recursos humanos são deficientes em quantidade e capacitação para a execução de processo de tão elevada complexidade. A situação também é crítica, já que os coordenadores de quatro CIHDOTTs referiram falta de envolvimento de outros profissionais das instituições hospitalares com o processo de captação.

Tendo em vista o que viemos expondo e analisando, é válido afirmar que nem mesmo os gestores e profissionais da saúde integram-se nos esforços, o que contribui para compreender, adicionalmente e sob o ponto de vista cultural, por que tantas famílias ainda se negam a confirmar as doações quando são abordadas.

Em relação ao impacto de campanhas públicas e voluntárias realizadas na televisão sobre o número de captação e doação de órgãos, quase todos os coordenadores opinaram positivamente (quadro 5).

CIHDOTT	Aumento do número de captação/ doação de órgãos após campanhas	Sazonalidade de aumento ou diminuição de captação de órgãos	Atribuição da ocorrência	Tipo de campanha mais impactante positivamente no número de doações
C	Sim	Sim	Casos divulgados na mídia nos períodos de campanha e logo após as campanhas	As voluntárias e as campanhas públicas
K	Sim	Sim	Festas de final de ano, carnaval, aumentam os casos de aborto com mortalidade da mãe	Campanhas voluntárias na televisão
L	Sim	Não	Sensibilização das pessoas	Campanhas voluntárias na TV, Campanhas públicas
V	Sim	Sim	Campanhas nacionais	Voluntárias
G	Sim	Não	N/A	Voluntárias
N	Sim	Sim	Às campanhas	Públicas
A	Sim	Sim	Às campanhas	Públicas
U	Não	Não	Não há período específico é muito oscilante	Públicas
E	Sim	Sim	A mídia	Campanhas públicas pela mídia
H	Sim	Não	Campanhas nacionais	Campanhas nacionais na televisão
F	Sim	Não	Em caso de moda	Campanhas voluntárias na televisão

QUADRO 5 - Opinião dos coordenadores das CIHDOTTs sobre o impacto no número de captação e doação em decorrência de campanhas

Fonte: Elaborado pela autora

Entretanto, diversos deles relacionam os maiores impactos com a realização de campanhas de cunho local e voluntárias, quando familiares que autorizaram doação vão à imprensa estimular este tipo de atitude, ou quando um

transplantado bem sucedido prova quantos benefícios humanos são gerados para doentes crônicos por meio das doações e transplantes de órgãos.

4.3 Dinâmica de atuação da CNCDO no Ceará e das CIHDOTTs

O presente tópico foi elaborado tomando por base entrevista realizada com a coordenadora da CNCDO do Ceará, os questionários preenchidos pelas coordenadoras das CIHDOTTs, bem como as observações realizadas pela pesquisadora em acompanhamento à atuação das equipes da CNCDO (56 horas) e das CIHDOTTs do hospital "A" (72 horas), do hospital "E" (24 horas) e do hospital "F" (72 horas).

Segundo a entrevista realizada com sua coordenadora, a CNCDO do Ceará funciona de modo ininterrupto, ou seja, 24 horas por dia e sete dias por semana. Está composta por: 07 médicos, 08 enfermeiras, 01 farmacêutico, 13 bioquímicos, 01 assistente social, 01 técnico em EEG, 05 técnicos de enfermagem, 10 auxiliares administrativos e 04 motoristas. Todos são funcionários da Secretaria de Saúde do Ceará ou terceirizados.

Equipes da CNCDO formadas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares administrativos se revezam em plantões de 24 horas. A coordenadora dedica 8 horas por dia ao trabalho, cumprindo 40 horas semanais. A cada manhã a equipe de plantão deve se encarregar de realizar buscas ativas, ligando para todos os hospitais com UTIs e emergências, tentando identificar se há algum paciente em morte encefálica.

Quando nenhum paciente é identificado, a equipe realiza visitas pela manhã, à tarde e à noite no hospital "A", nos setores em que podem ser encontrados potenciais doadores com maior frequência, como nas emergências, UTI e sala de recuperação.

Vale salientar que a informação fornecida em entrevista foi constatada também durante as observações, ou seja, tais visitas ocorrem rotineiramente, mesmo com a existência das CIHDOTTs. Essa situação assenta-se no fato de que, por ocasião da realização da presente pesquisa, embora existissem formalmente 18 CIHDOTTs, na prática havia hospitais em que elas funcionavam precariamente. Foi

o caso do hospital "A" que, em janeiro de 2011, com a saída da coordenadora, possuía apenas uma enfermeira se dedicando às atividades.

Dentre as atividades realizadas pela CNCDO do Ceará, a coordenadora referiu: atualização dos dados no sistema; atualização dos exames e das estatísticas; credenciamento dos serviços de transplantes junto ao Ministério da Saúde com vistas à renovação dos cadastros atuais e inclusão de novos membros; acompanhamento do processo de doação de órgãos a partir do momento da comunicação de existência de potencial doador; manutenção hemodinâmica de provável doador; comunicação às equipes de retida de órgãos do provável doador; fechamento do protocolo de morte encefálica, onde não existe CIHDOTT; entrevista com a família do provável doador após o protocolo fechado e os exames complementares (EEG e/ ou Doppler) realizados; solicitação aos familiares da assinatura do termo de doação; lançamento dos dados do doador no sistema para atualização do ranking; coordenação e acompanhamento do processo até a liberação do corpo. Como se vê, a CNCDO responde por um conjunto amplo de atividades, tanto de cunho burocrático quanto operacional, diretamente relacionadas com o processo de identificação de potenciais doadores, captação de órgãos, entre outras.

Certamente algumas dessas atividades deveriam, prioritariamente, ficar a cargo das CIHDOTTs. Essa e outras questões põem a nu as dificuldades inerentes ao processo de transplante no Ceará, com reflexos a nível nacional, conforme já afirmamos. Problemas e dificuldades da CNCDO e das CIHDOTTs revelam uma avaliação negativa do SNT no Ceará, já que tais comissões, junto com as recém-instaladas OPOs, são as executoras na Política Nacional de Transplantes neste território.

Durante as observações foram verificadas falhas neste particular, pois várias CIHDOTTs não informam diariamente para a CNCDO os resultados das buscas ativas realizadas, conforme estabelece o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (BRASIL, 2009). Além do mais, não enviam o relatório mensal das atividades realizadas com relação à efetiva doação de órgãos e tecidos para transplantes. Apenas duas unidades "U" e "F" enviavam normalmente os relatórios para a CNCDO do Estado do Ceará.

Por conta disso, foi constatado que a CNCDO do Ceará, além de dedicar-se ao trabalho de análise e aplicação dos dados dos relatórios recebidos das CIHDOTTs, também tem atuação direta junto às unidades hospitalares, em especial à CIHDOTT do hospital "A", em complementação às atividades não realizadas pelas CIHDOTTs, principalmente, pela falta ou insuficiência dos componentes dessas comissões.

Sendo assim, a CNCDO necessita solicitar ou ir diretamente às CIHDOTTs para a obtenção de informações que aquelas comissões têm obrigação de fornecer. Portanto, a CNCDO fica assoberbada com atividades que não são, em princípio, de sua responsabilidade. Por outro lado, deixa de realizar algumas que no nosso entendimento são de sua alçada e teoricamente mais impactantes. É o caso das atividades de cunho educativo e outras que explicaremos mais adiante.

Segundo a entrevista realizada, o número de óbitos que ocorrem nos hospitais está sempre na mira da coordenadora da CNCDO. Eles devem ser analisados, bem como as causas das negativas de doação por parte das famílias:

Por que está tendo muita negativa? Será que esse pessoal está entrevistando, está bem treinado?

A atenção a tais ocorrências, se por um lado sobrecarrega a CNCDO, por outro é uma das formas de sua coordenação avaliar o desempenho das CIHDOTTs, o que deve se somar à elaboração de relatórios e estatísticas a serem enviados à Secretaria de Saúde do Ceará e ao Ministério da Saúde.

Vale salientar que a CNCDO não é remunerada com relação a transplantes. Entretanto, o processo todo é pago, desde a identificação do potencial doador até o acompanhamento pós-transplante. O pagamento é pago ao hospital que é autorizado para busca ativa e para a realização do transplante. O Governo do Ceará fornece apoio para o transporte, desde a cessão de aviões da Casa Civil, passando pelo Laboratório de HLA, à equipe de plantão e aos neurologistas para a realização de exames complementares.

Os equipamentos utilizados também são fornecidos pelo Governo do Estado juntamente com a equipe de captação que se desloca para fora da capital.

Por ocasião da realização da pesquisa, a CNCDO contava com um aparelho de eletroencefalograma e um aparelho de Doppler, obviamente insuficientes. Naquela ocasião estava em andamento a compra de mais quatro aparelhos de eletroencefalograma de última geração.

As OPOs que vão ser remuneradas pelo Ministério da Saúde a cada mês, de acordo com metas estabelecidas, ainda não estavam em efetivo funcionamento quando a pesquisa foi realizada. Sobre as funções das OPOs e a relação com as CIHDOTTs, a coordenadora da CNCDO do Ceará se pronunciou:

Fazem parte do plano nacional de implantação das OPOs com o objetivo de incrementar, de fortalecer e aprimorar o Sistema Nacional de Transplantes, melhorando a efetivação das doações, identificando o maior número de doadores e com isso aumentando o número de transplantes. As OPOs são organismos que têm um papel supra-hospitalar e que vão identificar e dar soluções para as fragilidades que existem em todo o processo.

[...] A gente não quer que as comissões (CIHDOTTs) acabem e vamos apoiá-las. As comissões são formadas por funcionários do próprio hospital. Então esses funcionários têm fácil acesso, eles conhecem os intensivistas, eles têm total movimentação dentro dos hospitais. É diferente de chegar alguém de uma OPO que não é do hospital.

É um apoio para essas comissões, nem as comissões, nem as OPOs não vão ter nenhum papel de distribuição de órgãos, isso é da central de transplantes.

Tendo em vista o discurso acima, cabem algumas considerações. Embora tenham tido sua criação formalizada desde 2009 (BRASIL, 2009), no Ceará, por ocasião da realização desta pesquisa, as OPOs ainda não estavam em efetivo funcionamento. Como sua implantação ainda estava em processo, o discurso da coordenadora da CNCDO revela certa preocupação com a ocorrência de alguma disputa de espaço entre os profissionais que compõem as OPOs e as CIHDOTTs, enfatizando também que só a CNCDO tem atribuições relativas à distribuição de órgãos. Isso revela um possível conflito, mais uma dificuldade que deverá ser administrada pela CNCDO.

Como a publicação da portaria que modificou os critérios da fila de espera (BRASIL, 2009) era recente quando da realização da entrevista com a coordenadora da CNCDO, o novo sistema para operacionalização das novas regras ainda não tinha entrado em funcionamento e a CNCDO ainda estava utilizando o sistema antigo. Esse fato limitou nossa possibilidade de avaliar a otimização ou não dos transplantes nos meses posteriores à formalização das mudanças nas regras.

Com relação às campanhas publicitárias nacionais, a coordenadora entende que têm pouco impacto. Esse é um ponto de vista compartilhado pelas coordenadoras das CIHDOTTs, conforme mostrado anteriormente no quadro 5.

É diferente do retorno de uma campanha de vacinação em que você, com aquela vacina você vai salvar vidas, você vai prevenir doenças. Então quando a gente diz doe órgãos [...] numa campanha publicitária não dá para a gente tirar todas as dúvidas, os medos, os tabus que a população tem sobre a doação. Então a gente faz campanhas indiretas como, um fato que ocorre e que causa uma mobilização da sociedade. Uma família dessas que doou, ela vai para a televisão diz porque doou e tal, a gente mostrando que no mês tal várias pessoas foram beneficiadas, saíram da lista do transplante. Então através dessas campanhas e principalmente através de palestras, porque através de palestras a gente consegue retirar as verdadeiras dúvidas que a população tem, principalmente sobre a morte encefálica.

[...] nós estamos sempre realizando palestras, algum movimento, junto com as associações dos pacientes, em escolas, em terminais de transportes, para levar essa questão da doação de órgãos à população, e a mídia está sempre levando também mensagens corretas e positivas sobre a doação de órgãos.

Depreende-se que a experiência tem mostrado que os retornos mais significativos são obtidos com campanhas em que se privilegia a linguagem regional e o contato mais direto com a população. Esse é um fator que aponta para nosso pressuposto inicial de que as ações voltadas para a educação em saúde têm potencial para alavancar o processo de transplante pelo impacto imediato que tendem a gerar na população.

Vale salientar que, entretanto, por ocasião das observações, não foi observada a existência de um cronograma específico nem a ocorrência de ações estruturadas para a realização de campanhas desse tipo. Já que campanhas com as características acima referidas são as mais impactantes sobre o número de doações, seria necessário haver planejamento sobre elas e um cronograma, no mínimo anual, para a realização das mesmas.

Durante a pesquisa, ficou constatado que a coordenadora da CNCDO está sempre em processo de atualização e aprimoramento no processo de doação e transplante. Ela tinha acabado de retornar da Espanha, um dos países que têm a maior taxa de captação no mundo.

Constatamos que, por outro lado, processos de qualificação das equipes da CNCDO ou campanhas não haviam ocorrido em sua ausência. Após seu retorno, estava por se iniciar o planejamento para o biênio 2011/ 2012, alinhando-o com as CIHDOTTs, estabelecendo metas específicas para o período e a forma de acompanhamento das atividades. Dentre as programações previstas para 2011, estava a realização de cursos em Fortaleza e na região de Sobral e do Cariri. Vejamos como a coordenadora resumiu o processo de qualificação e campanhas já realizadas e que estava para planejar:

Ano retrasado a gente fez muito curso. Aí no ano passado a gente foi mais junto para sociedade, junto com as associações dos pacientes. Este ano a gente vai voltar mais para os profissionais da saúde. [...] Com isso a gente quer sair da casa de 11,3 doadores que foi a do ano passado, para em torno de 12 a 13 doadores por milhão da população.

É compreensível a intenção de sair de 11,2 doadores de 2009 para 13 doadores por milhão da população, tendo em vista que as últimas medidas do Ministério da Saúde perseguem metas mais ousadas em termos de realização de transplantes. Por outro lado, a pretensão de sensibilizar mais os profissionais de saúde é coerente com a baixa sensibilidade deles e dos gestores quanto aos esforços das CIHDOTTs. Também é importante chegar junto dos profissionais vinculados às CIHDOTTs e às OPOs, uma vez que o processo de implantação destas últimas parece estar despertando alguns conflitos quanto aos campos de

atuação.

Foi-nos informado que a CNCDO, juntamente com a ABTO oferece curso de extração de órgãos para médicos jovens que queiram entrar nesta área, já tendo sido realizados dois cursos no Ceará. Entretanto a prática mostra que os médicos são pouco atuantes em tais comissões:

Infelizmente, as nossas equipes são comissões formadas só por uma pessoa. Uma pessoa só não tem condições de assumir 24 horas o processo de doação e transplante, porque não é só identificar, tem todo um conjunto de atividades de identificação, acompanhamento, entrevista, além de ter o outro papel da comissão, que é a educação permanente para os funcionários dos hospitais, bem como o levantamento de informações estatísticas. Então só uma pessoa não dá.

A resistência dos médicos em participar mais ativamente das CIHDOTTs é uma questão que mereceria ser mais estudada para melhor compreensão de suas causas. De todo modo, por ocasião da realização da pesquisa, este fato já representava um dos problemas a serem superados na CNCDO com as CIHDOTTs:

A gente vai ter que realmente exigir o cumprimento do perfil, porque hoje se for centro transplantador (o coordenador das CIHDOTTs) tem que ser um médico. Como Central, o que a gente vai querer? Pode ser uma coordenadora de enfermagem, mas que tenha um médico na equipe. Se o médico for o coordenador tudo bem, mas se não, a gente vai exigir que tenha um médico permanente na equipe.

O discurso acima revela uma questão delicada e de alguma forma indica que as novas regras também enfrentarão resistências da classe médica e até poderão não ser obedecidas. Tanto é que a coordenadora da CNCDO já admite que a CIHDOTT de um centro transplantador possa ser coordenada por enfermeira.

O quadro 6 mostra os resultados das observações realizadas na CNCDO do Ceará no período de realização da pesquisa. Foram realizadas 56 horas de observação nos três turnos de trabalho.

Unidade	CNCDO
Horas de observação	56
Equipe por turno visitado	1 Médico 1 Enfermeira 1 Técnica de Enfermagem 3 Assistentes administrativos (dia) 2 Assistentes administrativos (noite)
Ações realizadas pelas equipes	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendação de manutenção hemodinâmica de potencial doador. • Apoio da busca ativa de potencial doador no HUWC, sem sucesso. • Contato com hospital "C" para realização de exame FAN para descartar LES em potencial doador do sexo feminino, 38 anos com suspeita de lúpus eritematoso no hospital "A". • Aberto protocolo na Santa Casa de Sobral e recebido material para sorologia enquanto aguarda EEG. Família localizada pela CIHDOTT, mas paciente parou e protocolo foi encerrado sem captação. • Abertura de protocolo no hospital "F" para paciente do sexo masculino, 38 anos, com AVC isquêmico, usuário de drogas pesadas. As equipes do Ceará não aceitaram receber os órgãos, os quais foram disponibilizados para a CNCDO de Pernambuco. A CNCDO do Ceará providenciou a remoção e transporte para lá. • CNCDO CE recebe de Uberlândia a oferta de um fígado. Falta de vôos diretos entre Fortaleza e aquela cidade e a necessidade de remoção do órgão, naquele local, pela equipe do CE, tornou inviável o processo. • CNCDO do RN pediu à do CE solução para conservação de fígado a ser transplantado no HUWC. Líquido enviado. • Identificado paciente do sexo feminino, 25 anos, com AVC hemorrágico pós-parto no hospital "C". Primeira avaliação OK. Familiares não concordaram com a doação, alegando que o hospital demorou muito no atendimento da paciente quando da entrada no hospital e para a realização de tomografia. Enfermeira da CIHDOTT tentou justificar que a doação não era para o hospital. Não houve jeito, doação não realizada. • Identificado no hospital "A" paciente do sexo feminino, 31 anos, com TCE mais HAS. Protocolo foi fechado, esposo não favorável à doação, a despeito da abordagem feita pela enfermeira da CNCDO. • Identificado no hospital "A" paciente do sexo feminino, 34 anos, TCE, protocolo fechado. Família concordou com a doação. Coração foi descartado; aproveitados fígado, pâncreas, rins e córneas. Captação realizada com o apoio direto da CNCDO. • Identificado paciente do sexo feminino, 55 anos, diagnóstico de morte encefálica por nefrite lúpica. Protocolo não aberto, pois paciente havia tido PCR na madrugada. • Identificado no hospital "C" paciente do sexo feminino, 73 anos, com hemorragia subaracnóidea. Protocolo fechado, aguardando filho que chegaria de São Paulo para confirmar doação. • Identificado no hospital "A" paciente do sexo masculino, 26 anos, aberto protocolo de morte encefálica. Não foi colhido material para sorologia porque o paciente era multirresistente. • Identificado no hospital "C" paciente do sexo masculino, 49 anos, AVC hemorrágico com protocolo de morte encefálica fechado. Enfermeira fez entrevista com os familiares que queriam desligar os aparelhos. Sem sucesso. • Identificado no hospital "C" paciente do sexo masculino, 55 anos com AVC hemorrágico. Primeira avaliação OK. Aguardando laudo de EEG. Familiares presentes no hospital, cientes do protocolo, informando que conforme o consenso dos familiares (esposa e irmãos) não eram favoráveis à doação porque desconheciam a vontade do paciente. Por causa disto não houve doação. • Identificado no hospital "C" paciente do sexo masculino, 64 anos, com AVC hemorrágico. Paciente foi a óbito antes da autorização dos familiares. • Paciente do hospital "A", sexo feminino, 23 anos, TCE por queda de motocicleta. Foi aberto protocolo, primeira avaliação já realizada, médico e enfermeira da CNCDO presentes na sala de recuperação, realizando manutenção hemodinâmica. • Paciente na emergência do hospital "A", sexo masculino, 31 anos, Glasgow 3, porém instável. Médico da CNCDO tentando estabilizar o paciente para prosseguir com avaliação. • Realizadas outras visitas ao hospital "C" e hospital "A" sem abertura de protocolo.
Reação da equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Indignação com a recusa de familiares que se negaram a doação, sendo que o potencial doador era transplantado.

QUADRO 6 - Ações desenvolvidas por equipes de plantão da CNCDO durante as observações
 Fonte: Elaborado pela autora

O quadro mostra que as equipes da CNCDO foram extremamente

dinâmicas no decorrer das observações realizadas. Além de se envolverem com suas atribuições mais específicas, as equipes da CNCDO também deram suporte decisivo às CIHDOTTs que solicitaram apoio. Pudemos constatar, também, o quanto são desgastantes as ações realizadas pelas equipes, tendo em vista que poucas delas resultaram em efetivas doações ou transplantes realizados.

Além do mais, durante as observações, ficou claro que a presença da CNCDO no hospital "A" e hospital "C" foi de alta valia, visto que suas CIHDOTTs contavam apenas com a atuação de uma enfermeira.

Outra questão que deve ser ressaltada é o fato de que tanto no hospital "A" quanto no hospital "C" foram bastante significativas a proporção de potenciais doadores em comparação com outros hospitais. Isso é compreensível, uma vez que são hospitais de grande porte, de referência em diversas especialidades e que contam com serviços de emergência e de UTI. Mesmo assim, ocorreram poucas doações em razão, principalmente, da recusa dos familiares. Tendo em vista esse fato, fica reforçada a necessidade de campanhas voltadas para essa questão.

Ao discorrer e discutir a dinâmica de atuação das CIHDOTTs observadas, é importante antecipar a constatação de que parte dos dados apresentados anteriormente no tópico 4.2 não se confirmaram durante as observações, uma vez que o número de profissionais que atuavam efetivamente nas CIHDOTTs não era compatível com o que havia sido informado nos questionários.

O quadro 7 mostra os resultados das observações realizadas nas CIHDOTTs das unidades hospitalares "E", "A" e "F" no período de realização da pesquisa, com duração total de 168 horas, distribuídas entre os três hospitais em todos os turnos de funcionamento.

Unidade	E	A	F
Horas de observação	24	72	72
Equipe por turno visitado	1 Enfermeira 2 Técnicos de enfermagem	1 Enfermeira	1 Enfermeira 1 Assistente social
Ações realizadas pelas equipes	<ul style="list-style-type: none"> Realização de 3 buscas ativas sem registro de potencial doador no período observado. Abertura de um protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizadas 6 buscas ativas. Os familiares autorizaram doação de rins, fígado e córneas do paciente. Paciente de 26 anos com TCE com primeira avaliação OK. Mãe e irmão se manifestaram contra a doação. Enfermeira da CIHDOTT mantinha o paciente em manutenção hemodinâmica. Identificado como possível doador a enfermeira da central compareceu ao hospital "A" e auxiliou no contato com os familiares. O protocolo foi fechado no dia 31/01. A enfermeira da CIHDOTT do hospital "A" fez uma nova tentativa com os familiares e o irmão negou a doação. Paciente de 31 anos com TCE, aberto protocolo. Enquanto aguardava o EEG, o paciente parou. Criança com 4 anos vítima de bala perdida. Protocolo aberto, autorizada doação pela mãe, porém negada pelo padrasto, responsável legal na primeira abordagem. Nova abordagem foi realizada pela enfermeira da CIHDOTT, porém sem sucesso. Paciente do sexo masculino, 61 anos, TCE, protocolo fechado, família aceitou doar. Captação de fígado e córnea. Rins descartados por apresentar cistos. Paciente sexo masculino, 28 anos, com TCE, protocolo fechado. Mãe e irmão abordados pela enfermeira se manifestaram contra a doação. Feita nova abordagem sem sucesso. 	<ul style="list-style-type: none"> Realização de 12 buscas ativas no período observado. Abordagens aos familiares feitas pela enfermeira e assistente social Localizado um doador de 72 anos com AVC hemorrágico, entretanto, o paciente parou antes de contato com a família.

QUADRO 7 - Ações desenvolvidas pelas CIHDOTTs durante as observações

Fonte: Elaborado pela autora

A primeira constatação possível, a partir do referido quadro 5, é que as três CIHDOTTs funcionaram sempre com uma equipe encabeçada por enfermeira, sozinha ou acompanhada de profissional não médico, no caso assistente social e técnicos de enfermagem.

Constatamos também que o hospital "A" é um hospital potencialmente mais produtivo em termos de doações do que os outros dois observados, a despeito de haver apenas uma enfermeira respondendo por sua CIHDOTT. Vale salientar que foi observada a presença de equipes da CNCDO atuando diretamente no processo

junto ao hospital.

A deficiência numérica dos quadros de profissionais de todas as categorias envolvidas no processo chega ao limite dos profissionais decidirem entre atender um paciente em emergência ou cuidar de um paciente possível doador ou ainda da manutenção hemodinâmica de um paciente com morte encefálica. Daí podermos inferir que se as CIHDOTTs fossem compostas por equipes maiores os resultados seriam muito mais promissores.

No hospital "F" e no hospital "E" os resultados foram menos significativos, a despeito dos esforços das CIHDOTTs. No primeiro, foram realizadas 12 buscas ativas, realizada abordagem a familiares e identificado um potencial doador que teve parada cardiorrespiratória antes de ser realizada abordagem à família. No segundo, foram realizadas apenas três buscas ativas e a abertura de um protocolo. Vale ressaltar que nesse último foram realizadas 24 horas de observação, enquanto nos outros foram 72 horas.

A CIHDOTT do hospital "E" possuía sala própria, equipada com telefone, fax e computador. Sua composição formal incluía técnico de enfermagem, enfermeira e médico. As equipes acompanhadas durante a observação mostravam-se familiarizadas com a abertura de protocolo e referiam a realização frequente de reuniões para avaliação do desempenho e preocupação em corrigir falhas do processo.

Na CIHDOTT do hospital "F" foi observada a realização de busca ativa e identificação de doadores. Embora a comissão tenha feito busca ativa nos três turnos, não foi feito diagnóstico de morte encefálica. Sendo assim, a maioria das doações que ali ocorrem é de córneas, o que é característico de doador com parada cardiorrespiratória. Consideramos esse um problema que deve ser abordado pela CNCDO e CIHDOTT do hospital, já que o hospital tem perfil para captação de órgãos nobres, como coração e rim, só possível com paciente em morte encefálica. Sendo especializado em doenças cardiorrespiratórias, referência para o Norte e Nordeste, o hospital dispõe de emergência e UTIs especializadas, além de equipamentos e equipes muito qualificadas que poderiam fazer diagnósticos com grande agilidade.

Em relação à CIHDOTT do hospital "F", ficou constatado que se compunha de quatro enfermeiras que se revezavam nos três turnos diários e faziam busca ativa em todas as unidades de possíveis doadores. Apesar de atuarem na localização dos familiares de possíveis doadores, as assistentes sociais não eram componentes oficiais nem formais da CIHDOTT.

Apesar de ser formada apenas por uma categoria profissional, a CIHDOTT daquele hospital mostrava-se bastante atuante, com um forte senso de equipe e responsabilidade no que fazia. Chegamos a testemunhar alguns esforços do grupo para convencer médicos a colaborarem com a abertura de protocolos e manutenção hemodinâmica de possíveis doadores, enquanto enfatizavam que estas tarefas não devem ser consideradas adicionais para um profissional de saúde daquele hospital.

A CIHDOTT do hospital "F" possuía sala para seu funcionamento equipada com telefone, fax e computador. No hospital há também sala especificamente equipada para retirada de órgãos dos doadores, além de ser um centro transplantador credenciado pelo Ministério da Saúde.

A tabela 24 apresenta o total de buscas ativas, aberturas de protocolos, pacientes em manutenção hemodinâmica e abordagens familiares realizadas durante o período de observações em campo, distribuídos por comissão observada.

TABELA 24 - Quantitativos de atividades realizadas pela CNCDO do Ceará e CIHDOTTs dos hospitais "E", "A" e "F" durante o período observado

Unidade observada	Horas de observação	Busca ativa	Abertura de protocolo	Pacientes em manutenção hemodinâmica	1ª Abordagem familiar	Negativas	2ª ou mais abordagem familiar
CNCDO	56	84	-	-	13	8	8
E	24	3	1	-	-	-	-
A	72	6	4	4	8	5	5
F	72	12	-	-	4	2	3
Total	224	105	5	4	25	15	16

Fonte: Elaborado pela autora

A principal constatação em relação aos dados da tabela refere-se ao fato de que o quantitativo de atividades realizadas pela CNCDO foi sempre maior que o de cada uma das CIHDOTTs quanto à busca ativa, primeira e segunda abordagem a

familiares e negativas recebidas. Isso confirma que a CNCDO é um apoio determinante às CIHDOTTs.

Por outro lado, constatamos que há um grande dispêndio de energia dos integrantes das CIHDOTTs e da CNCDO com resultados pouco significativos em termos de efetivas doações. Portanto, as ações não são gratificantes para os profissionais. No nosso entendimento, as negativas familiares são determinantes para que os resultados sejam pouco satisfatórios, mas contribuem para isto, também, o reduzido número de profissionais que compõem as comissões, a falta de apoio dos demais profissionais de saúde e dos gestores das instituições hospitalares, bem como problemas de infraestrutura e de equipamentos insuficientes.

Ficou comprovado, portanto, que uma das mais importantes dificuldades enfrentadas é a carência de profissionais, havendo duas das comissões que tinham apenas uma enfermeira respondendo por suas atividades. Obviamente isso não é aceitável e não condiz com a importância que os gestores dos hospitais deveriam atribuir ao processo de transplante.

Sendo assim, as ações que deveriam ser realizadas pelas CIHDOTTs, principalmente a busca ativa, ficavam bastante prejudicadas pela escassez ou pela ausência dos componentes nas equipes. Houve diversas situações que estariam fadadas ao completo fracasso se a CNCDO não se fizesse presente. Isso foi particularmente verdadeiro para a CIHDOTT do hospital "A". Durante as observações, integrantes da CNCDO atuaram diretamente junto a diversos possíveis doadores e seus familiares, conforme já referimos anteriormente.

A dinâmica de atuação da CNCDO do Ceará e das CIHDOTTs se ressentem de todas as dificuldades já referidas e analisadas. Pelo exposto podemos afirmar que a avaliação da Política Nacional de Transplantes no Ceará, ora realizada, indica que tem resultados pouco significativos para o conjunto das pessoas que necessitam de transplantes, principalmente, quando se leva em consideração o grande número de potenciais doadores que existem nos hospitais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi identificado um crescimento substancial nos transplantes realizados no Ceará recentemente, o que é bastante significativo. A importância desse crescimento torna-se mais significativa diante da constatação de que nos anos recentes a CDCDO do Ceará foi superavitária e repassou órgãos para outras regiões do país.

Existem 18 CIHDOTTs formalmente constituídas através de portarias do Ministério da Saúde, sendo 14 na capital e quatro no interior. Conforme já referido, por ocasião da realização da pesquisa, havia em funcionamento apenas as quatro do interior e 11 na capital, sendo algumas destas últimas desativadas ou funcionando precariamente.

Encontramos a maioria das CIHDOTTs funcionando com número reduzido de integrantes e poucas categorias profissionais e sem espaço físico adequado. Atestamos que algumas CIHDOTTs estavam quase paralisadas. Esse quadro determina que a CNCDO necessite realizar busca ativa e outras atividades que seriam da alçada das CIHDOTTs.

Embora todos os hospitais devam notificar à CNCDO sobre a ocorrência de morte encefálica, já que a notificação é compulsória por lei, por ocasião da realização da pesquisa a CNCDO ainda fazia busca ativa, ligando para os hospitais ou mesmo indo diretamente a eles.

Como diversas CIHDOTTs não fornecem seus dados mensalmente, a CNCDO necessita solicitar ou deslocar-se até as CIHDOTTs para captar informações que deveria rotineiramente receber para processar e gerar relatórios para o Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Ceará. Isso desvia o foco do trabalho da CNCDO de atividades fins, como a coordenação do sistema no âmbito do Ceará e planejamento de metas a serem atingidas.

As ações de campanha, qualificação e planejamento conjunto da CNCDO com as CIHDOTTs são frágeis. Os principais mecanismos de articulação entre as duas partes são o uso de telefone e fax. Atividades de qualificação dos integrantes das equipes e recrutamento de mais profissionais sofreram com a ausência da

presidente da CNCDO, durante treinamento no exterior e com a falta de apoios institucionais.

As CIHDOTTs atuam basicamente na busca ativa de possíveis doadores e têm desempenho tímido relativamente à detecção e diagnóstico de morte encefálica e à realização da manutenção hemodinâmica dos potenciais doadores identificados. A agilidade na realização de tais ações conduziria à abertura mais rápida do protocolo e conseqüentemente o fechamento do mesmo, gerando maiores possibilidades de aproveitamento dos órgãos para a realização de transplantes.

Considerando o grande número de potenciais doadores nas unidades hospitalares, constatamos que a falta de apoio dos gestores hospitalares é um dos elementos fundamentais para os resultados pouco satisfatórios obtidos pela CNCDO e CIHDOTTs. Certamente a falta de infraestrutura e de uma equipe especializada com dedicação exclusiva para atuação direta no sistema dependem da ação direta dos gestores hospitalares.

De acordo com os resultados, as enfermeiras são os profissionais mais envolvidos e versáteis nas CIHDOTTs, aspecto bastante importante. Portanto, são profissionais que merecem reconhecimento e necessitam de atenção especial da CNCDO para garantir uma participação mais efetiva no processo e também para que sejam agregadas novas categorias profissionais às comissões.

Foi identificada a expectativa de que, com a instalação das OPOs, instâncias adicionais no processo, sejam incrementadas as notificações e doações. A expectativa é particularmente forte pela implantação das OPOs a serem instaladas no Hospital "A", Hospital "C", na capital, e nas cidades de Sobral e Juazeiro do Norte, no interior do Ceará, locais que são potencialmente mais produtivos para captação e doação de órgãos.

A indicação dos sujeitos da pesquisa de que são obtidos maiores resultados com campanhas de cunho regional e abordagem mais direta ao público confirma o pressuposto inicial desta pesquisa de que ações educativas específicas, por impactarem imediatamente na população, têm maior potencial para alavancar o processo de transplante.

Há necessidade de campanhas visando diminuir as negativas para

doação, a partir de um processo iniciado desde a entrada do paciente no hospital, com um bom atendimento, a fim de evitar negativas familiares. As campanhas na imprensa devem preferencialmente ter enfoque e linguagem de cunho regional e abordagem mais personalizada aos familiares.

É necessário investir em estratégias de humanização da assistência, com o acolhimento rápido e atenção devida ao paciente, respeitando as preocupações manifestas em tais momentos. Isto tende a evitar que os familiares tenham comportamento retaliativo para com o hospital, como represália, o que costuma ocorrer quando não são bem atendidos em momentos de muita dor.

Campanhas em escolas, terminais de transporte coletivo, igrejas e em outros espaços, tem que ser intensificadas, esclarecendo a população acerca da importância das doações de órgãos e do grande número de brasileiros que dependem unicamente dessa alternativa para continuarem vivendo.

O processo de doação tem que se transformar em uma cultura da unidade hospitalar, onde a CIHDOTT seja o gestor deste processo, e que o mesmo seja contínuo e permanente. Para tanto, há a necessidade de CIHDOTTs com maior número de profissionais, mais categorias devidamente instaladas, organizadas, capacitadas e habilitadas a exercerem este papel com competência. Com isso, a CNCDO pode deixar de atuar fortemente junto às CIHDOTTs ou até substituindo algumas delas, como foi aqui comprovado. Ficará, então, mais disponível para o trabalho na coordenação do processo de integração entre as CIHDOTTs e os centros transplantadores e para suas demais atribuições.

Concluimos que fatores humanos, corporativos, estruturais, tecnológicos e culturais se associam como sérios entraves à execução da Política Nacional de Transplante no Estado do Ceará. A CNCDO e as CIHDOTTs, apesar de todos os esforços de superação e, apesar do dispêndio de grande energia no processo de identificação de doadores e captação, conseguem resultados muito modestos em termos de efetivas doações. O conjunto de fatores que agem sobre tais comissões determina reflexos dos quais se ressentem não só o Ceará, mas todo o País, tendo em vista que a fila de espera é única.

Para superação dos problemas identificados, são necessárias ações a

serem realizadas em diversas frentes. Seria importante redirecionar as campanhas de divulgação para abordagens mais identificadas com a cultura regional, com abordagem mais próxima às pessoas. A resistência dos profissionais médicos em atuar nas CIHDOTTs é uma questão que merece ser melhor investigada. São necessários cursos para maior sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde. Devem ser elaboradas e desenvolvidas estratégias para maior sensibilização dos gestores dos hospitais quanto ao necessário apoio aos profissionais da CNCDO e das CIHDOTTs.

Algumas lacunas se mantiveram e merecem mais estudo. Uma delas está relacionada ao fato de ser recente a mudança nos critérios da fila de espera, o que não permitiu uma avaliação mais aprofundada sobre o nível de otimização que poderão desencadear. Outra questão que se mantém está relacionada a esclarecer quais as razões que mantêm a baixa adesão da categoria médica às atividades da CNCDO e das CIHDOTTs.

REFERÊNCIAS

ABTO - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes**; Ano XVI – nº 4 - Janeiro/Dezembro 2010. ABTO, 2011.

_____. Dados globais da atividade de captação de órgãos por estado no ano de 2005. **Registro Brasileiro de Transplantes**; 2005, 11 (n. 2): 28-29.

_____. **Estatísticas de Transplantes**. Disponível em <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/transplantes/estatisticasDeTransplantes.aspx?idCategoria=5> >Acesso em: 01 out 2008.

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**; Ano XII – nº 2 - Janeiro/Dezembro 2006. ABTO, 2006.

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**; Ano XV – nº 3 - Janeiro/Setembro 2009. ABTO, 2009.

ABREU SANTOS A. L. G; MOURA DA SILVA, A. A; SANTOS, R. F. **Estimativa do número potencial de doadores cadavéricos e da disponibilidade de órgãos e tecidos para transplantes em uma Capital do Nordeste do Brasil**. J Bras Nefrol 2006, 28:25-30.

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**. ano 51, n.4, out./dez. 2000.

ARAÚJO, F. N. A. de, **Avaliação das Políticas de Transplante de Órgãos e Tecidos no Estado do Ceará**, Dissertação de Mestrado, Fortaleza, UECE, 2008.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 5 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Atlas; 1991.

_____. **Lei nº 5.479 - de 10 de agosto de 1968** – Revogado. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. DOUDE 14/8/68.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. Diário Oficial da União 1990; 20 set.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez 1990.

_____. **Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União 1997; 04 fev 1997.

_____. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001.** Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Diário Oficial da União 1997; 23 mar 2001.

_____. Ministério da Defesa. **Portaria Normativa nº 1.174 de 06 de setembro de 2006.** Disponível em <https://www.defesa.gov.br/saude/portaria_1174.pdf> Acesso em: 07 set 2009.

_____. Ministério da Defesa. **Portaria Normativa nº 1.174 de 06 de setembro de 2006.** Disponível em <https://www.defesa.gov.br/saude/portaria_1174.pdf> Acesso em: 07 set 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação Sobre o Sistema Nacional de Transplantes.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004> Acesso em: 15 nov 2009.

_____. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro - Ministério da Saúde – 2002** Disponível em <<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>> Acesso em: 05 mar. 2011

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude> Acesso em: 05 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.262/GM de 06 de junho de 2006.** Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/Portaria%201262%20de%2016%20de%20junho%20de%202006.htm>>. Acesso em: 11 mai 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005.** Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.607/GM, de 10 de dezembro de 2004.** Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 901/GM Em 16 de agosto de 2000.** Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos E estabelece as normas de funcionamento e critérios técnicos a serem utilizados pela Central Nacional.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/SAS/MS nº 96, de 28 de julho de 1993.** Estabelece as normas de credenciamento dos Hospitais que realizam transplantes para o Sistema Único de Saúde. DO 145, de 2/8/93.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm> Acesso em: 15 nov 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes – **Histórico.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm>> Acesso em: 06 mar 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Transplante.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004> Acesso em: 12 set 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Transplantes.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lista_de_Espera_2009.pdf> Acesso em: 25 jan 2010.

CABRAL, Gabriela. **Transplante de órgãos e tecidos.** 2008. Disponível em : <<http://www.brasilecola.com/biologia/transplante-orgaos-tecidos.htm>> Acesso em: 05 mar. 2011.

CÓDIGO DE NUREMBERG. Tribunal Internacional de Nuremberg – 1947 **Trials of war criminal before the Nuremberg Military Tribunals.** Control Council Law 1949;10 (2):181-182.

COELHO, J. C. U. et al. **Custo do transplante hepático no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.** Rev. Ass. Med Brasil 1997 43 (1) (53-7). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n1/2073.pdf>> Acesso em: 07 set 2009.

_____. **Qualidade de vida do doador após transplante hepático intervivos.** Arq. Gastroenterol. São Paulo, v. 42, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032005000200004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 23 set 2008. doi: 10.1590/S0004-28032005000200004.

_____. **Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos.** Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 53, n. 5, Oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000500018&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 13 set 2009. doi: 10.1590/S0104-42302007000500018.

CULLIS, J. G.; JONES, P. R.; PROPPER, C. Waiting Lists and Medical Care Treatment: Analysis and Policies. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Ed.). **Handbook of Health Economics.** v. 1B. Amsterdam: Elsevier/ North-Holland, 2000. p. 1201-49.

DINKHUYSEN, J. J. **Cuide do Seu Coração.** 2009. Disponível em <http://www.sbccv.org.br/livre/cuide_coracao.asp>. Acesso em 15 mai 2011.

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

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

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social.** Editora Atlas S/A São Paulo, 5ª Edição, 2007.

GOODE, Willian J.; HATT, Paul K. **Métodos em Pesquisa Social.** 4ª ed. São Paulo: Nacional, 1972.

GRIESBACH, C. F. Aspectos Jurídicos e Bioéticos da Lei de Transplantes. Instituto Brasileiro de Advocacia Pública, **Revista on line Direito e Política,** 2003, São Paulo. Edição nº 1 junho/setembro de 2003. Disponível em: <<http://www.ibap.org/rdp/00/22.htm>> Acesso em 15 fev 2010.

GÜNTHER, H. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210

HOLANDA, A. N. C. **Avaliação de Programas** (Conceitos básicos sobre avaliação "Ex Post") ABC Editora, Fortaleza. 2006.

IANHEZ, L.E.; et al. Hepatopatia como causa de óbito pós-transplante renal. **J Bras Nefrol.**1997;19 (2):138-142.

LEJANO, R. P. **Frameworks for Policy Analysis: Merging Text and Context.** Taylor & New York: Routledge, 2006.

LOPES, A. D.; MAGALHÃES, N. **Muito Além da Cirurgia.** Veja ed. 2107 ano 42 nº 14, 8 de abril de 2009. 138 p. p.102-112.

MAGALHÃES, S. S.; RAMOS, I. C.; ARAÚJO, T. L. **Caracterização dos Doadores de Órgãos para o Transplante Hepático no Estado do Ceará:** Contribuição para Captação de Fígado. Rev enferm UFPE on line. 2010 jan./mar.; 4 (1): 61-67. Disponível em <http://www.w.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/459/pdf_269> acesso em: 25/03/2011.

MARINHO, A. **A study on organ transplantation waiting lines in Brazil's Unified National Health System.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000029&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 24 set 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2006001000029.

MARINHO, A., CARDOSO, S. de S. **Avaliação da eficiência técnica e da eficiência de escala do sistema nacional de transplantes,** Ipea, Rio de Janeiro, 2007.

MARTIN, W. B.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto Imagem e Som – Um manual prático.** Editora Vozes Petrópolis, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORITA, A. B. P. da Silva; KOIZUMI, M. S. Estratégias de ensino-aprendizagem na enfermagem: análise pela Escala de Coma de Glasgow. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300007&lng=en&nrm=iso> access on 08 May 2011. doi: 10.1590/S0080-62342009000300007.

NESRALLA, I. Transplante cardíaco in: **Mesa Redonda sobre Transplante de Órgãos.** Disponível em: <http://www.viavida.org.br/eventos_detail.asp?id=55> Acesso em: 26 fev 2011.

OLIVEIRA JUNIOR, E. Q. de. **Doção de órgãos e tecidos humanos**. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/2112819/docao-de-orgaos-e-tecidos-humanos-eudes-quintino-de-oliveira-junior>> Acesso em: 06 mar. 2011.

PARASURAMAN, A. **Marketing research**. 2. ed. Addison Wesley Publishing Company, 1991.

PATTINSON, S. D. Paying living organ providers, **Web Journal of Current Legal Issues** 2003; 3. Disponível em <<http://webjcli.ncl.ac.uk/2003/issue3/pattinson3.html>> Acesso em 15 mai 2011.

PINHO, L. et al. Dores na coluna em profissionais de enfermagem **Acta Fisiátrica** 8 (2): 75-81, 2001 disponível em <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/65B9EEA6E1CC6BB9F0CD2A47751A186F/vl_08_n_02_75_81.pdf> Acesso em 08-11-2011.

QUEIROZ, L. R. S. **Pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa**: Perspectivas para o campo da etnomusicologia. Claves nº 2 - Novembro de 2006 (p. 87 - 98). João Pessoa UFPB, 2006.

RAIA, S. M. A. **Presente e Futuro do Transplante de Órgãos**, ABC da Saúde, Disponível em <www.abcdasaude.com.br> Acesso em 17-01-2011.

_____. **Transplante de Fígado Após Um Ano de Critério Meld**. ABC da Saúde, 2008, Disponível em <www.abcdasaude.com.br> Acesso em 17-01-2011.

SALMITO, E. F. **Decisão Familiar Frente a Doação de Órgãos no Estado do Ceará**. Dissertação de Mestrado, Fortaleza, UECE, 2010.

SILVEIRA, T. R. Transplante hepático in **Mesa Redonda sobre Transplante de Órgãos**. Disponível em: <http://www.viavida.org.br/eventos_detail.asp?id=55> Acesso em: 26 fev 2011.

D'ÁVILA, D. Transplante renal in **Mesa Redonda sobre Transplante de Órgãos**. Disponível em: <http://www.viavida.org.br/eventos_detail.asp?id=55> Acesso em: 26 fev 2011.

SCHARAMM, R. “Bioética pra quê”?, **Revista Camiliana da Saúde**/ Faculdade São Camilo, Brasil, jul-dez. 2002, p.15.

SILVA, F. L. “**A bioética como ética aplicada**”. Existo.com Revista Eletrônica do Filocom nº 5 - Set/Out/Nov/Dez 2004 São Paulo, SP – Brasil Disponível em: <<http://www.eca.usp.br/nucleos/filocom/existocom/artigo5a.html>> Acesso em 16 fev 2010.

TRANSPLANTE de rosto. In: **Wikipédia: a enciclopédia livre**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Transplante_de_face> Acesso em: 8 fev 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

USP Ações Pioneiras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em:

<<http://www.hcnet.usp.br/pioneirismo/index.htm>> Acesso 16 fev 2010.

VARELLA, D. **Dráuzio Varella e os Transplantes**. Disponível em <http://www.viavida.org.br/artigos_detail.asp?id=104> Acesso em 01-11-2010

YIN. R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Daniel Grassi. – 3ª Edição – Porto Alegre: Bookmann, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista com a Coordenadora da Central Estadual de Transplante do Estado do Ceará

1. Há quanto tempo você está atuando como coordenadora da Central?
2. Qual o número de horas disponibilizadas por dia para as atividades da Central?
3. Quais as categorias profissionais que compõe a Central Estadual (categoria e quantitativo)?
4. Descreva um dia típico de funcionamento da Central.
5. Descreva as atividades realizadas pela Central.
6. Como são elaboradas as campanhas locais?
7. Quantas comissões intra-hospitalares existem no estado do Ceará?
8. Quais as comissões mais produtivas?
9. Quais os parâmetros para definição de uma comissão mais produtiva?
10. Considerando os dados dos últimos 6 meses e a nova portaria que alterou os critérios da fila de espera como você avalia a evolução dos transplantes neste período?
11. Caso haja aumento no volume de transplantes realizados após os novos critérios da fila de espera o que justificaria tal crescimento?
12. Depois da reformulação do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes alguma mudança no trabalho da Central Estadual e na CIHDOTTs?
13. Como são tratados os dados recebidos das CIHDOTTs e demais fornecedores de informações?
14. Há algum teto fixo de remuneração ou recebe pelas abordagens que são realizadas?
15. Como são realizados os treinamentos das equipes no processo de captação e retirada de órgãos.
16. Especificamente o que a Central Estadual realiza na articulação com as CIHDOTTs?
17. A Central Estadual enfrenta algum problema de infraestrutura (pessoal e equipamentos) para a busca dos órgãos de possível doador e a efetivação do transplante? Fale sobre estas dificuldades.
18. Há planejamento conjunto da Central Estadual com as CIHDOTTs? Quando isto ocorre?
19. Você considera que os técnicos que compõe as CIHDOTTs tem a qualificação adequada para os trabalhos que realiza?
20. As Centrais Estaduais tem realizado algum tipo de treinamento das pessoas que compõem as CIHDOTTs? Em que se baseiam estes treinamentos e como se realizam?

APÊNDICE B - Questionário para Coordenadores das Comissões Intra-hospitalares

0. Entrevistador			
Nome			
I. Identificação do entrevistado			
Código do entrevistado	Idade	Sexo	Estado civil
		[] 1. Masculino [] 2. Feminino	[] 1. Solteiro [] 2. Casado [] 3. Desquitado [] 4. Divorciado
Profissão		Cargo	Tempo dedicado à comissão
[] 1. Enfermeiro [] 2. Médico [] 3. Outro _____			
Instituição de formatura	Ano de formatura	Tempo de atuação na comissão	Fez treinamento inicial
			[] 1. Sim [] 2. Não
II. Identificação da instituição			
Código da instituição	Tipo de hospital	Categoria	
	[] 1. Geral [] 2. Maternidade	[] 1. Público [] 2. Filantrópico [] 3. Privado	
Especialidade	Número de leitos total	Número de leitos de UTI	
[] 1. UTI [] 2. Emergência [] 3. Outro _____			
III. Dados da comissão			
Tempo de funcionamento da comissão	Número de componentes	Composição da comissão	

IV. Atividades realizadas pela comissão intra-hospitalar

1. Local de identificação de possíveis doadores
 1. Emergência 2. UTI 3. Sala de recuperação
 4. Enfermaria 5. Outros: _____
2. Frequência de identificação dos possíveis doadores
 1. Duas vezes ao dia 2. Uma vez ao dia 3. Três vezes por semana
 4. Uma vez por semana 5. Outros: _____
3. Qual o profissional da CIHDOTT que realiza a busca ativa de possíveis doadores?
 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Outro: _____
4. Qual o profissional da CIHDOTT que solicita a avaliação clínica de possíveis doadores?
 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Outro: _____
5. Qual o profissional da CIHDOTT que notifica a central de pacientes em morte encefálica?
 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Outro: _____
6. Qual o profissional da CIHDOTT solicita a avaliação clínica de possíveis doadores?
 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Outro: _____

7. Qual o profissional da CIHDOTT que efetua os registros de ocorrências de óbitos para a Central?
[] 1. Enfermeiro [] 2. Médico [] 3. Outro: _____
8. Com que frequência os registros de ocorrência de óbitos são encaminhados para a Central?
[] 1. Duas vezes ao dia [] 2. Uma vez ao dia [] 3. Três vezes por semana
[] 4. Uma vez por semana [] 5. Outros: _____
9. Existe sistema informatizado e formal de registro das notificações para a Central de Transplantes?
[] 1. Sim [] 2. Não
10. O hospital possui equipe própria para diagnóstico de pacientes em morte encefálica?
[] 1. Sim [] 2. Não
11. Caso tenha respondido sim para a pergunta anterior qual a composição desta equipe?

12. Caso o hospital não possua equipe própria como é feito o diagnóstico de pacientes em morte encefálica?

13. O tamanho atual da equipe é suficiente para atendimento das atividades da CIH?
[] 1. Sim [] 2. Não
14. O hospital possui equipamentos para realização dos exames de morte encefálica?
[] 1. Sim [] 2. Não
15. Os equipamentos para realização dos exames são próprios ou terceirizados?
[] 1. Próprios [] 2. Terceirizados
16. Existem outros profissionais do hospital envolvidos com a CIH?
[] 1. Sim [] 2. Não
17. Caso o hospital conte com outros profissionais envolvidos com a CIHDOTT quais são as outras categoria profissionais?

18. Existem outras áreas do hospital envolvidas com a CIH? Que tipo de área?
[] 1. Sim [] 2. Não
19. Caso o hospital conte com outras áreas envolvidas com a CIHDOTT quais são estas áreas?

20. Qual o profissional do hospital que sensibiliza os familiares do paciente potencial doador?

21. Este profissional é membro da CIH?
[] 1. Sim [] 2. Não
22. Quem comunica a equipe para a retirada do órgão do doador?

23. Os demais funcionários do hospital têm conhecimento da existência da CIH?
[] 1. Sim [] 2. Não
24. Caso saibam da existência da CIHDOTT de que forma tomaram conhecimento de sua existência?
[] 1. Palestras internas [] 2. Treinamentos
[] 3. Divulgação interna [] 4. Divulgação externa
25. Como são treinadas das equipes no processo de captação?

26. Como é feito o processo de abordagem familiar para a doação do órgão do possível doador?

27. Aumenta o número de captação/ doação nos períodos de campanhas de doação de órgãos?
[] 1. Sim [] 2. Não
28. Existe algum período específico (sazonalidade) de aumento ou diminuição de captação de órgãos?
[] 1. Sim [] 2. Não
29. Qual o período do ano que mais impacta na captação de órgãos?

30. Que tipo de campanhas na televisão tem maior impacto na captação de órgãos?
[] 1. Campanhas voluntárias na televisão (novelas/ programas dominicais etc.)
[] 2. Campanhas públicas
31. Existe divulgação/ campanhas internas da CIHDOTT divulgando os seus objetivos e necessidades de captação de doadores?
[] 1. Sim [] 2. Não
32. Qual o profissional da CIHDOTT faz a divulgação dos objetivos da CIH?

33. Qual a maior dificuldade para realização dos objetivos da CIH?

34. Quais problemas de infraestrutura (pessoal e equipamentos) para a manutenção do possível doador?

V. Dados estatísticos operacionais

(Informações para avaliação do desempenho da comissão)

1. Número de abordagens mensais
2. Número de doações efetivas
3. Total de óbitos mensais

APÊNDICE C - Roteiro de Observação das CIHDOTTs

Identificação do observador e da CIHDOTT					
0. Observador			I. Identificação da CIHDOTT		
Nome			Código da instituição		
Data da observação			Período da observação	Tempo real de funcionamento	
Categoria profissional e forma de identificação de possíveis doadores					
Categoria profissional	Efetua identificação de possíveis doadores		Forma de identificação dos possíveis doadores		
	Sim	Não	Relatórios	Prontuários	Consultas in loco
Forma de abordagem dos profissionais da CIHDOTT					
Categoria profissional	Forma de abordagem junto aos familiares				
	Roteiro	Script	Norma	Procedimento	
Reação dos familiares às abordagens dos profissionais da CIHDOTT					
Categoria profissional	Reação dos familiares				
	Aceitação	Negação	Indeciso	Outros	
Insistência dos profissionais da CIHDOTT após a primeira negativa					
Categoria profissional	Quantidade de insistências				
	1	2	3	4	
Atitude dos profissionais da CIHDOTT após a negativa final					
Categoria profissional	Atitude após a negativa final				
Atitude dos profissionais da CIHDOTT após a positividade dos familiares					
Categoria profissional	Atitude após a positividade dos familiares				
Encaminhamento das notificações para a Central Estadual					
Categoria profissional	Forma de notificação				
	Fax	E-mail	Relatório	Telefone	Outro

APÊNDICE D - Roteiro de Observação da Central de Transplantes

0. Observador		Data da observação	Período de tempo da observação	Tempo real de funcionamento
Nome				
Disponibilidade de recursos na Central Estadual				
Quantidade	Recursos			
	Financeiros	Humanos	Material	
Insuficiente				
Suficiente				
Entraves burocráticos ao processo de notificação, captação e transplantes na Central Estadual				
Tipo do entrave	Impacto no processo			
	Notificação	Captação	Transplante	
Monitoramento das ações de campanha (local e nacional) para doação de órgãos				
Tipo de monitoramento			Tipo de campanha	
			Local	Nacional
Categoria profissional e reação à notificação de uma CIHDOTT				
Categoria profissional		Postura		
Categoria profissional e quantitativos da Central Estadual				
Categoria profissional		Quantitativo		

Categoria profissional e reação à notificação de uma CIHDOTT				
Categoria profissional	Postura			
Forma de abordagem dos profissionais da CIHDOTT				
Categoria profissional	Forma de abordagem junto aos familiares			
	Roteiro	Script	Norma	Procedimento
Reação dos familiares às abordagens dos profissionais da Central				
Categoria profissional	Reação dos familiares			
	Aceitação	Negação	Indeciso	Outros
Insistência dos profissionais da Central após a primeira negativa dos familiares				
Categoria profissional	Quantidade de insistências			
	1	2	3	4
Atitude dos profissionais da Central após a negativa final				
Categoria profissional	Atitude após a negativa final			
Atitude dos profissionais após a negativa final				
Categoria profissional	Atitude após a negativa final			

Atitude dos profissionais da Central após a positividade dos familiares					
Categoria profissional	Atitude após a positividade dos familiares				
Forma de comunicação da Central com as unidades hospitalares/ CIHDOTTs					
Categoria profissional	Forma de notificação				
	Fax	E-mail	Relatório	Telefone	Outro
Forma de comunicação da Central com profissionais para a retirada dos órgãos dos possíveis doadores					
Categoria profissional	Forma de comunicação				
	Fax	E-mail	Celular	Telefone fixo	Outro

APÊNDICE E Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados sobre a pesquisa		
Título da pesquisa		
Central Estadual de Transplantes do Estado do Ceará e Comissões Intra-Hospitalares: avaliação das políticas de transplantes e captação de órgãos e tecidos.		
Pesquisadora		Orientadora
Mônica Maria Paiva Lima		Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Universidade	Centro/ Unidade	
Universidade Federal do Ceará	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação	
Departamento/ Setor	Local de execução	Data de início
Mestrado em Avaliação de Pesquisa Pública	Fortaleza - Ceará	Maior de 2010

Caro (a) Senhor (a)

Eu, Mônica Maria Paiva Lima, convido-o (a) participar de um estudo desenvolvido sob minha responsabilidade intitulado **Central Estadual de Transplantes do Estado do Ceará e Comissões Intra-Hospitalares: avaliação das políticas de transplantes e captação de órgãos e tecidos**, objetivando avaliar a atuação da Central de Transplantes do Ceará e das Comissões Intra-Hospitalares de Fortaleza enquanto instâncias decisivas na operacionalização da política nacional de transplantes.

Caso esteja dentro do critério de inclusão para participação nesta pesquisa, ser integrante da Central Estadual de Transplantes do Estado do Ceará ou das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos, e consentir sua participação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se encontra na página seguinte, solicitamos o preenchimento do questionário, observando e lendo antes a orientação para o preenchimento anexo.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso as informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer dúvidas que possam surgir. O (A) senhor (a) tem liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga quaisquer prejuízo. Finalmente, lhe informo que, quando o estudo for apresentado, não usarei seu nome, assim como não darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a). O estudo não trará nenhuma despesa para o (a) senhor (a) e todos os recursos utilizados serão gratuitos. O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Dermatologia D. Libânia unidade da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará que poderá ser consultado sobre o projeto desta pesquisa no endereço Rua Pedro I, 1033 ou através do telefone (85)3101-5452. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Mônica Maria Paiva Lima monicamplima@gmail.com Rua Carolina Sucupira, 1985/ 1201 – Cocó – Fortaleza – CE.

APÊNDICE F Consentimento Pós-Esclarecimento

Eu, _____
RG Nº _____ declaro que tomei conhecimento do estudo citado
acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa,
respeitando-se as vontades individuais.

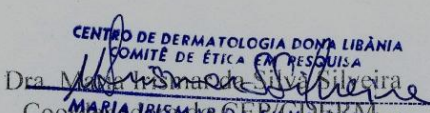
Fortaleza, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

ANEXO

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional e Dermatologia Sanitária Dona Libânia - CDERM

<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA DONA LIBÂNIA - CDERM</p>
<p><u>ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA</u></p>
<p>Registro do Projeto CEP/CDERM – 010/2010</p> <p>Título: Central Estadual de Transplantes do Estado do Ceará e Comissões Intra-Hospitalares: avaliação das políticas de transplantes e captação de órgãos e tecidos.</p> <p>Pesquisador responsável: Maria Nazaré de Oliveira Fraga</p> <p>Proposição do (a) relator (a):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> aprovação</p> <p><input type="checkbox"/> não aprovação</p> <p>Data da primeira análise pelo CEP/CDERM – 05/05/2010</p> <p>Data do parecer final do projeto pelo CEP/CDERM: 05/05/2010</p>
<p><u>PARECER</u></p>
<p>Com base na Resolução CNS/MS nº 196/96, que regulamenta a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia CDERM, em sua reunião realizada em 05/05/2010, decidiu APROVAR, de acordo com o parecer do (a) Relator (a), o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.</p>
<p>Observações:</p> <p>1. O(s) pesquisador (es) deve(m) apresentar relatório final da pesquisa ao CEP/CDERM.</p>
<p>Fortaleza, 06 de maio de 2010.</p>
<p>  <small>CENTRO DE DERMATOLOGIA DONA LIBÂNIA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</small> Dra. Maria Nazaré de Oliveira Fraga <small>MARIA NAZARÉ DE OLIVEIRA FRAGA COORDENADORA</small> </p>