

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

GISLAINE FUSCO DUARTE

**Construção de Processo Avaliativo para as Comissões Intra-Hospitalares de
Transplante**

Maringá
2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

D812c	<p>Duarte, Gislaine Fusco</p> <p>Construção de processo avaliativo para comissões intra-hospitalares de transplante / Gislaine Fusco Duarte. -- Maringá, PR, 2019. 112 f.: il. color.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Lilian Denise Mai. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional, 2019.</p> <p>1. Avaliação em saúde. 2. Eficiência, eficácia e efetividade. 3. Políticas públicas. 4. Doação de órgãos. I. Mai, Lilian Denise, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional. III. Título.</p>
-------	---

CDD 23.ed. 362.19

GISLAINE FUSCO DUARTE

Construção de Processo Avaliativo para as Comissões Intra-Hospitalares de Transplante

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lilian Denise Mai

Maringá 2019

GISLAINE FUSCO DUARTE

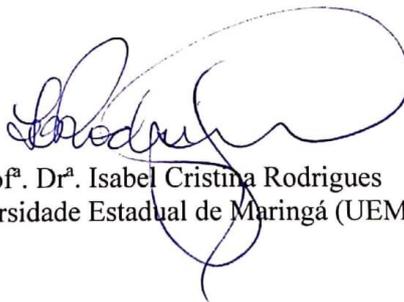
Construção de Processo Avaliativo para as Comissões Intra-Hospitalares de Transplante

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA



Prof^a. Dr^a. Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina Rodrigues
Universidade Estadual de Maringá (UEM)



Prof. Dr. Ednaldo Aparecido Ribeiro
Coordenador adjunto do PPP

Aprovada em: 24 de setembro de 2019

Local de defesa: Bloco H12, Sala 014, *campus* da Universidade Estadual de Maringá

Dedicatória

*Ao meu companheiro Antonio,
Por sempre acreditar em mim e pelas noites e
finais de semana de luta ao meu lado para a
construção deste trabalho.*

*À minha filha Mariana, pelo amor,
compreensão, alegria e por sempre me
impulsionar.*

*Aos meus filhos que ainda carrego no ventre,
por despertarem em mim esperança de
construção de um mundo cada vez melhor.*

*Aos meus pais e irmãos pelo apoio e amor
incondicional e por propiciar
a base de quem sou.*

*À Márcia de Fátima Serra, por plantar em
meu coração sementes frutíferas que são o
amor à enfermagem e à doação de órgãos e
tecidos para transplante.*

*À memória dos doadores de órgãos e tecidos e
aos seus familiares, que perpassando a dor e
sofrimento da perda, permitiram que o amor e
a solidariedade pudessem se sobressair.*

*À professora Lilian, minha orientadora, um
presente em minha vida, que por meio de sua
competência e sensibilidade atribuiu leveza à
tarefa da escrita, fazendo com que a execução
deste trabalho fosse uma das experiências
mais gratificantes por mim vivenciadas...*

AGRADECIMENTOS

Ao final desta importante etapa da minha vida, é necessário prestar meus agradecimentos às pessoas que de alguma maneira colaboraram para que eu pudesse realizar este sonho. São inúmeras pessoas, difícil de citar a todos.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, por compartilhar tanto conhecimento e pelo carinho demonstrado para com os alunos.

Aos colegas de turma pela troca de experiências e pela amizade.

Aos membros da banca de qualificação, Cremilde A. T. Radovanovic e Isabel Cristina Rodrigues, pela contribuição para o aprimoramento do trabalho.

À professora Bartira Aguiar Roza pela compreensão demonstrada com as mudanças de datas da defesa advindas das complicações de minha gestação.

À Ogle Beatriz Bachi pela humildade em permitir o desenvolvimento deste trabalho, que um dia foi seu sonho. À Luana Cristina Heberle e Arlene T. G. C. Badoch pela contribuição no desenvolvimento e por confiarem a mim esta tarefa.

À Patrícia Micarelli Pereira por sempre se demonstrar disponível a ajudar, por embarcar em meus sonhos, e pela participação fundamental no desenvolvimento dos instrumentos gerenciais aqui apresentados.

Ao Rafael Rodrigo Pimentel pela amizade e pelo costumeiro auxílio.

Aos colegas de trabalho por sempre acreditarem em minha gestão, e por configurarem a “Família OPO Maringá”.

Às CIHDOTT de toda a macrorregião de Maringá pelo comprometimento com o processo de doação e pelo acompanhamento que ofertam aos familiares enlutados. Sempre me pergunto: o que seria destas famílias se não houvesse o trabalho destas equipes??

Aos 04 diretores que passaram pela 15 Regional de Saúde nestes últimos 08 anos, pela confiança e permissão para que eu pudesse desenvolver meu trabalho.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus,
não sou o que era antes”.*

Marthin Luther King

DUARTE, G.F. Construção de Processo Avaliativo para as Comissões Intra-Hospitalares de Transplante. 112f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, 2019.

RESUMO

As Comissões Intra-Hospitalares para Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) foram criadas pelo Ministério da Saúde para ampliar e qualificar os processos relacionados à doação de órgãos e tecidos, visando organizar a procura e notificações de potenciais doadores nas instituições hospitalares. O Sistema Estadual de Transplantes do Paraná, considerando sua atribuição de gestão com planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações de doação e transplante, tem como uma de suas metas unificar a avaliação da atuação das CIHDOTT, processo ainda não consolidado no Estado. Essa avaliação deve ser capaz de orientar o trabalho cotidiano da comissão, pois seus resultados são concomitantemente fruto do trabalho e fontes de dados de avaliação de eficiência, eficácia e efetividade, contribuindo para sanar possíveis fragilidades. O objetivo do estudo foi construir um método avaliativo pautado em instrumentos capazes de integrar critérios de avaliação para todas as CIHDOTT constituídas no Estado do Paraná. Estudo metodológico, seguindo as etapas de estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos dos instrumentos e construção dos itens para cada indicador e das escalas de resposta. As fontes de dados constituíram-se de instrumentos gerenciais, indicadores e metas, selecionados a partir de legislações e documentos correlatos à área em uso local, macrorregional ou estadual. A análise estabeleceu a correlação entre os dados e as atribuições legais da CIHDOTT, bem como permitiu a sua distribuição segundo o modelo conceitual de Avaliação da Qualidade em Saúde em indicadores de estrutura, processos e resultados, com atribuição de determinada pontuação, mediante análise estatística ponderada. O estudo foi aprovado pela 15ª Regional de Saúde, responsável pela Organização de Procura de Órgãos (OPO) na qual ocorreu o estudo. Como resultado, foi construída a Ficha de Avaliação da CIHDOTT, capaz de identificar potencialidades e fragilidades. Quanto a sua composição, são três partes, a saber: estrutura, com dez itens, valendo 30 pontos; processos, com sete itens, valendo 30 pontos; e, resultados, com quatorze itens, valendo 40 pontos. Com periodicidade de avaliação anual para as duas primeiras e mensal para a última, estabeleceu-se o critério mínimo de 90 pontos para que a CIHDOTT seja considerada atuante ou não atuante para avaliação dos programas de repasse financeiro e habilitação/renovação de serviço de transplantes no Estado. A CIHDOTT considerada não atuante será notificada pela OPO de abrangência quanto a adequações necessárias e prazos que, se não cumpridos, comprometerão a avaliação do mês seguinte. A penalização inclui a não pontuação nos programas de repasse financeiro, o comprometimento de credenciamentos e a notificação da instituição por não garantir o direito das famílias ao diagnóstico e possibilidade de decisão quanto à doação, previstos em lei. Sob o ponto de vista da gestão, o papel da avaliação é o de fornecer elementos de conhecimento que subsidiem a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço. Conclui-se que a institucionalização da avaliação estadual de CIHDOTT, orientada pelas atribuições legais e pautada em instrumentos e dados do trabalho cotidiano, é capaz de padronizar e aprimorar ações das comissões e ações avaliativas dos gestores locais e estaduais, visando melhorias na qualidade da respectiva política pública e consequente qualidade de vida das populações atendidas.

Palavras chaves: Avaliação em saúde; Eficiência; Eficácia; Efetividade; Doação de órgãos e tecidos.

Construction of the evaluation process for the Intrahospital Comissions of Transplants

ABSTRACT

The Intrahospital Comissions for Organs and Tissues were created by the Health Ministry to expand and qualify the processes related to organ and tissue donation, aiming to organize the search and notifications of potential donors in hospital institutions. The State Transplant System of Paraná, considering its management assignment with planning, implementation, monitoring and evaluation of donation and transplantation actions, has as one of its goals to unify the evaluation of CIHDOTT`s performance, as it is a process not yet consolidated in the State. This evaluation should be able to guide the daily work of the commission, as its results are concomitantly the result of the work and sources of evaluation data on efficiency, efficacy and effectivity, helping to resolve possible weaknesses. The objective of this study was to construct an evaluation method ruled on instruments capable of integrating evaluation criteria for all CIHDOTT constituted in the State of Paraná. Methodological study, following the steps of establishing the conceptual structure, defining the objectives of the instruments and constructing the items for each indicator and the response scales. Methodological study, following the steps of establishing the conceptual structure, definition of the objectives of the instruments and constructing the items for each indicator and the response scales. The data sources consisted of managerial instruments, indicators and goals, selected from legislations and documents correlateds to the area in local, macroregional or state use. The analysis established the correlation between the data and the legal attributions of the CIHDOTT, as well as allowed its distribution according to the conceptual model of Health Quality Assessment in indicators of structure, processes and results, with a given score, through weighted statistical analysis. As for its composition, there are three parts: *structure* with ten items worth 30 points; *processes* with seven items worth 30 points; and *results*, with fourteen items, worth 40 points. With annual evaluation periodicity for the first and monthly for the others, the minimum criterion of 90 points was established for CIHDOTT to be considered acting or non-acting for the evaluation of financial transfer programs and license/renewal of transplantation services in the State. The CIHDOTT deemed non-acting will be notified by the OPO of comprehensiveness of necessary adjustments and deadlines which, if not met, will compromise the assessment of the following month. The penalty includes non-punctuation in financial transfer programs, compromise of re-accreditations and the notification of the institution for not guaranteeing the right of families to diagnosis and possibility of decision regarding the donation, provided by the law. From the point of management view, the role of evaluation is to provide knowledge elements that subsidize decision making, providing the increasing of efficiency, efficacy and effectiveness of activities performed by the service. It is concluded that the institutionalization of the state assessment of the CIHDOTT, guided by the legal attributions and ruled by instruments and data of daily work, is able to standardize and improve actions of the commissions and evaluative actions of local and state managers, aiming at improvements in the quality of the respective public policy and consequent quality of life of the served populations.

Keywords: Health assessment; Efficiency; Efficacy; Effectiveness; Organ and tissue donation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Ficha avaliativa com parâmetros utilizados para verificação da estrutura, processos e resultados da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, Maringá/Paraná..... 33

Quadro 2: Correlação dos instrumentos gerenciais com as atribuições da CIHDOTT de acordo com a Portaria de Consolidação nº 04/2017. Maringá/Paraná, 2019 36
.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CET	Central Estadual de Transplantes
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGSNT	Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIHDOTT	Comissões Intra-Hospitalares para Doação de Órgãos e Tecidos
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
HOSPSUS	Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
ME	Morte Encefálica
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PMP	Por Milhão de População
POA	Plano Operativo Anual
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção à Saúde em Urgência e Emergência
SET	Sistema Estadual de Transplantes
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensivas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	JUSTIFICATIVA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	12
1.2	DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UM PROGRAMA PÚBLICO EM RESPOSTA AS NECESSIDADES SOCIAIS.....	15
1.3	A COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (CIHDOTT) NO PROCESSO DE DOAÇÃO.....	18
1.4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	22
2	OBJETIVO.....	24
3	METODOLOGIA.....	24
3.1	TIPO DE ESTUDO	24
3.2	LOCAL/CENÁRIO DO ESTUDO.....	24
3.3	COLETA DE DADOS	25
3.4	INSTRUMENTOS GERENCIAIS, INDICADORES E METAS.....	26
3.4.1	Check List para acompanhamento do Diagnóstico de Morte Encefálica e Processo de Doação (ANEXO A).....	26
3.4.2	Check List para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos (ANEXO B).....	26
3.4.3	Check List de Acolhimento e Entrevista Familiar (ANEXO C).....	27
3.4.4	Check List para a Coordenação de Sala Cirúrgica (ANEXO D)	27
3.4.5	Registro de Reuniões, Capacitações e Ações Educativas (ANEXO E).....	27
3.4.6	Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação (APÊNDICE A)	28
3.4.7	Planilha de Busca Ativa (APÊNDICE B)	28
3.4.8	Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória (APÊNDICE C).....	29
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	32
4	RESULTADOS	32
4.1	AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA.....	35
4.2	AVALIAÇÃO DE PROCESSO	36
4.3	AVALIAÇÃO DE RESULTADOS	38
5	DISCUSSÃO	40
5.1	AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DA CIHDOTT.....	40
5.2	A POLÍTICA DE TRANSPLANTES E SUA RELEVÂNCIA SOCIAL FRENTE A AVANÇOS E RETROCESSOS DO SUS.....	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	REFERÊNCIAS	56
	ANEXO A – CHECK LIST PARA ACOMPANHAMENTO DO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E PROCESSO DE DOAÇÃO	63
	ANEXO B – CHECK LIST PARA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS.....	65
	ANEXO C – CHECK LIST DE ACOLHIMENTO E ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO	66
	ANEXO D – CHECK LIST DE COORDENAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA.....	67
	ANEXO E – REUNIÕES & CURSOS.....	72
	ANEXO F – APROVAÇÃO PELA DIREÇÃO DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE	73
	APÊNDICE A – RELATÓRIOS DE ÓBITOS E MONITORAMENTO DO PROCESSO DE DOAÇÃO.....	74
	APÊNDICE B – PLANILHA DE BUSCA ATIVA	76
	APÊNDICE C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	77
	APÊNDICE D – FICHA DE AVALIAÇÃO DA CIHDOTT	78

APÊNDICE E – MANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO INTRA- HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE – CIHDOTT	82
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Minha aproximação com o tema da doação de órgãos e tecidos se deve ao trabalho desenvolvido na Organização de Procura de Órgãos (OPO) Maringá, no ano de 2002, ainda na graduação do Curso de Enfermagem, como estagiária. Na época, ainda não havia no Brasil um cenário e uma política como a atual de procura de órgãos, sendo que as atividades desenvolvidas eram correspondentes a uma Unidade Regional de Transplantes. Após pouco mais de 03 anos de estágio, deixei o setor, ao qual retornei em 2011, então na função de coordenação da OPO.

A Coordenação permite desenvolver atividades de gerenciamento dos processos relacionados à doação de órgãos e tecidos, promovendo um diagnóstico situacional para a implementação de estratégias de aperfeiçoamento das ações, principalmente ao que tange ao planejamento. O processo de doação de órgãos e tecidos, além de representar um programa de prioridade para o Estado de Paraná, configura-se como uma das políticas públicas de maior sucesso no país. Trata-se de uma Política de Estado e não de Governo. Em 2017, ao ingressar no programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas, deparei-me com a possibilidade de definir como foco de estudo a construção de um modelo de avaliação nessa área, em um contexto de transição entre a existência de avaliações presentes na vida cotidiana da OPO, pautadas por noções oriundas do “senso comum” das gestoras de cada uma destas Unidades no Estado do Paraná, e a necessidade de implementação de um processo avaliativo utilizando ferramentas já em uso e atividades desenvolvidas, à luz de referenciais teóricos e funções legais nesse campo.

A política pública pode ser resumida como o campo do conhecimento que busca, igualmente, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo, quando postas em ação, as políticas públicas são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação. (SOUZA, 2006, pág. 26)

A tipologia “ciclo da política pública” vê a política pública como um ciclo deliberativo, composto de estágios e formando um processo dinâmico e de aprendizado. Destacam-se nestes estágios a definição de agenda, a identificação de alternativas, a avaliação das opções, a seleção das opções, a implementação e a avaliação (SOUZA, 2006). Assim, para fins deste estudo, elegemos como tema a avaliação dentro da política pública de transplantes de órgãos e tecidos, mais especificamente a avaliação a ser conduzida em nível estadual com direcionamento ao trabalho rotineiro em nível local, ou seja, às instituições hospitalares credenciadas como

notificantes. Hospitais notificantes são aqueles que promovem a notificação de coração parado, para a doação de tecidos (córneas, esclera, coração para valvas e ossos), e de morte encefálica (ME) para a doação de órgãos e tecidos.

Em 21 de outubro de 2009, o Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), a Portaria GM/MS nº. 2.600, hoje revisada como Portaria de Consolidação nº 004/2017, que visa, dentre outras ações relativas ao processo de doação e transplantes, organizar a procura e as notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos nas instituições hospitalares, definir as atribuições das Comissões Intra-Hospitalares para Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), criadas em 2005, e da OPO para, conseqüentemente, elevar o número de transplantes. (BRASIL, 2017)

Com o objetivo de otimizar o gerenciamento das etapas relativas ao processo de doação de órgãos e tecidos, foram criadas, pelo Ministério da Saúde, as OPO, modelo copiado dos Estados Unidos. Estas Unidades, implantadas do Estado do Paraná no ano de 2011, são compostas por profissionais do meio extra-hospitalar, no Paraná, em específico, por servidores públicos. Atualmente, o Estado conta com 04 Unidades funcionando de maneira regionalizada promovendo o gerenciamento das CIHDOTT.

O foco primordial do Estado sob a ótica dos transplantes é profissionalizar e tornar as Comissões Intra-hospitalares mais atuantes, a fim de proporcionar melhor atendimento aos pacientes graves, melhor acolhimento aos familiares, maior número de notificações de ME resultante em doações e, assim, beneficiar os cidadãos que aguardam em fila de espera por órgão ou tecido.

O recente Decreto nº 9175, de 18 de outubro de 2017, e a nova Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2173, de 15 de dezembro de 2017, requerem mudanças imediatas no processo, e, mais do que nunca é necessário somar forças para aumentar o quantitativo dos doadores com órgãos e tecidos transplantados, bem como a qualidade das atividades que permeiam este complexo processo. Estas normativas deliberam sobre o processo de notificação de ME, doação de órgãos e transplantes, define a estrutura do SNT modificando, inclusive o protocolo de morte encefálica, conferindo maior robustez à legislação que delibera sobre estes processos, tornando-os mais ágeis e eficientes. (BRASIL, 2017; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

O Sistema Estadual de Transplantes (SET) do Paraná, em consonância com as legislações vigentes, considerando sua atribuição de gestão com planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações de doação e transplante, tem por objetivo unificar a avaliação da atuação das CIHDOTT no Estado do Paraná, uma vez que o diagnóstico de ME e a possibilidade da doação de órgãos e tecidos se constituem direitos garantidos por Lei, não

podendo ser negligenciados sob argumentos de diferenças de infraestruturas e conformações institucionais.

Concomitante, convém salientar que a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná desenvolveu o programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde – HOSPSUS. Trata-se de um programa inovador que visa modificar a lógica da relação entre gestor e o prestador de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta do HOSPSUS vai ao encontro de possibilitar à população paranaense atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade o mais próximo possível de sua residência, otimizando a eficiência dos hospitais. O programa HOSPSUS visa estabelecer indicadores de qualidade em todas as áreas da assistência hospitalar. Para participar do programa os hospitais selecionados assinam um termo de adesão que estabelece os compromissos e metas do hospital que serão avaliados trimestralmente pela Comissão Estadual e pelas Comissões Regionais de Avaliação e Monitoramento do HOSPSUS. Os hospitais contratualizados ao Programa HOSPSUS recebem repasse financeiro do Governo Estadual. (PARANÁ, 2011)

Ainda, nessa direção, destaca-se o Plano Operativo Anual (POA), um termo entre Secretarias de Saúde e as instituições hospitalares, cujos objetos de pactuação contêm os compromissos assistenciais com os respectivos quantitativos, as metas gerenciais de qualidade da assistência e de educação permanente.

Considerando as atribuições da CIHDOTT conferidas pela legislação, que a define como responsável pelo acompanhamento dos pacientes graves, bem como de seus familiares, visto que garante melhora da qualidade da assistência e do acolhimento familiar, pontuando ainda a inegável relevância social de um transplante bem sucedido, justifica-se condicionar a adequada atuação desta comissão à avaliação das instituições contratualizadas a estes programas.

Quando se trata de avaliação da qualidade da assistência atrelada a programas que garantem repasses ou incentivos financeiros, torna-se imperativa a padronização da avaliação. Dispor de CIHDOTT atuante também faz parte dos critérios estaduais para a renovação e habilitação dos Centros Transplantadores que integram o SET.

No que se concerne ao processo gerencial, o papel da avaliação é o de fornecer os elementos e ferramentas de conhecimento que subsidiem a tomada de decisão, possibilitando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização (TANAKA E TEMAKI, 2012; TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2016).

Porém, não basta somente a institucionalização da avaliação. O questionamento da capacidade avaliativa, da produção das informações e dos julgamentos também é necessário para propiciar um melhor desempenho do SUS nas diversas instâncias decisórias. Considera-

se, para fins deste estudo, que as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação em diversas dimensões, variando do cuidado individual até os níveis mais complexos de intervenção e organização, como os programas e políticas públicas destinadas à doação de órgãos e ao transplante.

Os números são reveladores da evolução no campo da doação de órgãos e dos transplantes, como descrito a seguir, ao mesmo tempo que sinalizam para as melhorias ainda necessárias e já possíveis, diante dos avanços tecnológicos existentes e das experiências acumuladas. Entre muitos elementos e aspectos a considerar, o monitoramento e a avaliação do trabalho das instituições envolvidas, em especial das CIHDOTT, revestem-se de primordial importância e são capazes de contribuir significativamente para melhorias nessa política pública, hoje destituída de um processo avaliativo sólido e amplo, também no Estado do Paraná, dependendo, em grande parte, de emissão de valor do próprio avaliador.

A composição das CIHDOTTs originárias do modelo Espanhol de procura de órgãos e implantadas no Brasil, são essenciais no processo de doação de órgãos e tecidos, fato este evidenciado em estudo que com a disponibilização de coordenadores de doação de órgãos especialistas exclusivos para essas comissões, repercutiu no aumento das notificações ($p < 0,05$) e outros indicadores em nove hospitais do Estado de São Paulo (SILVA et. al., 2016).

Assim, motivada pela atuação em uma OPO e considerando a avaliação uma etapa essencial para melhorias na política pública em questão, o objeto do presente trabalho é a avaliação do trabalho das CIHDOTT constituídas no Estado do Paraná.

Além de conferir maior transparência e igualdade para o aprimoramento dessa importante política pública no Estado, espera-se contribuir para a ampliação da doação e dos transplantes frente às necessidades da população mediante o aprimoramento do trabalho das CIHDOTT.

1.2 DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UM PROGRAMA PÚBLICO EM RESPOSTA AS NECESSIDADES SOCIAIS

O transplante de órgãos não é uma ideia atual, há séculos a humanidade se preocupa em substituir tecidos ou órgãos com insuficiência por outros sadios ou simplesmente criar seres com partes de corpo de outros seres (LAZZARETTI, 2007).

O primeiro transplante da história seria datado de 348 d.C., tendo sido realizado pelos santos Cosme e Damião, hoje considerados padroeiros dos transplantes. Segundo a lenda, foi transplantada a perna de um etíope falecido, no lugar de uma perna gangrenada de um fiel da igreja, ficando este, ao final do procedimento, com uma perna branca e uma negra. Também na

antiga civilização, homens já imaginavam mudanças na morfologia, estrutura e funcionamento do corpo humano. A mitologia egípcia e greco-romana nos demonstra alguns exemplos de metamorfose, tais como o Centauro e o Minotauro (GARCIA; VITOLA; PEREIRA, 2015).

Na prática clínica moderna, os programas de transplantes de órgãos tiveram início no final da década de 1940. O primeiro transplante renal documentado ocorreu em 1933, pelo Dr. Voronoy, no entanto, só em 1954, foi realizado o primeiro transplante renal com sucesso, por Joseph Murray, na cidade de Boston, com gêmeos idênticos. Em 1962, houve o primeiro transplante renal bem-sucedido com um doador cadáver. O primeiro transplante de pulmão data de 1963, realizado pela equipe do Dr. Hardy e colaboradores. No mesmo ano, ocorreu o primeiro transplante hepático experimental, realizado por Thomas Starzl, na Universidade de Colorado (EUA). Foi realizado, no Brasil, pela equipe médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em janeiro de 1965, o primeiro transplante renal em ser humano (GARCIA; VITOLA; PEREIRA, 2015).

Em maio de 1968, o transplante que teve maior repercussão, foi o transplante cardíaco, sendo que o primeiro realizado no Brasil e o 17º no mundo, ocorreu no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, pela equipe liderada pelo Prof. Euryclides de Jesus Zerbini.

A maioria dos transplantes à época ainda funcionavam de maneira experimental, pela baixa taxa de sobrevivência dos transplantados, que muitas vezes sobreviviam apenas dias. Algumas modalidades chegaram, inclusive a ser desativadas. Com a descoberta da ciclosporina, na década de 1970, e sua aplicação clínica inicial como medicamento imunossupressor no início dos anos de 1980, obtiveram-se melhores resultados no transplante renal. Subsequentemente, os programas para transplante cardíaco (1984), hepático (1985) e pancreático (1987) foram reativados, e um programa precoce de transplante pulmonar foi instituído no Brasil (1989) (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010).

Desde metade do século XX até os dias atuais, o transplante vem evoluindo e deixando de ser um procedimento com elevado risco de morte, se firmando como técnica consagrada e opção válida para o tratamento de insuficiência terminal de órgãos ou tecidos. Este evidente desenvolvimento decorre de várias confluências, como a modificação cultural da sociedade, com maior entendimento e aceitação da doação de órgãos, avanço das técnicas cirúrgicas, manejo da imunossupressão, evolução jurídica e principalmente das políticas desenvolvidas para a área (WATSON E DARK, 2012; RODRIGUES-FILHO; FRANKE; JUNGES, 2019).

Essa inovação tecnológica também vem modificando o modo de pensar da sociedade. Frequentemente, as pessoas têm contato com o tema doação e transplante por meio da mídia e muitos conhecem um vizinho ou amigo que precisa de um órgão ou que já é transplantado.

Assim, para além do conhecimento técnico-científico, esse procedimento acontece envolto em um movimento de ideias e imaginários.

Observa-se, na contemporaneidade, por exemplo, uma mudança social na imagem do corpo. “No discurso da inovação tecnológica, o corpo tem sido reconceitualizado como uma ‘máquina’ e máquinas reconceitualizadas como ‘pessoas’, cabendo à medicina a tarefa de re-colocação de novas ‘peças’ para substituir as desgastadas” (LAZARETTI, 2007, pg 52). Ainda para este autor, esta maneira de pensar da sociedade pode representar uma espécie de “imortalidade parcial”, no entanto, sabe-se que a doação de órgãos e tecidos nem sempre é bem vista, pois infelizmente, ainda há uma crença relacionada ao comércio de órgãos, desconhecendo-se todo um aparato legal, jurídico e técnico já construído nas últimas décadas que ampara doador e receptor, inviabilizando a possibilidade de comércio. De acordo com Roza (2010), outros motivos podem dificultar a doação de órgãos:

Embora a doação represente uma conduta social moralmente boa, altruísta, “fazer o bem”, podemos intuir que ainda não foi incorporada à moral comum, por diversos aspectos. Dentre eles, destacamos: o descrédito no funcionamento e estrutura do sistema de saúde, na alocação de recursos, na relação de confiança entre profissional da saúde e paciente, acesso equânime e justo; na confidencialidade doador/receptor; consentimento livre-esclarecido; o respeito à autonomia; a defesa da vida e o caráter inovador e recente desta possibilidade terapêutica, ainda em construção. (ROZA et al, 2010, pg. 419)

Neste contexto, apesar de os transplantes serem constituídos de procedimentos com grande avanço tecnológico, estes não ocorrem sem um doador de órgãos. Para Berlinguer e Garrafa (2001, p.127) “O processo de doação de órgãos se caracteriza pela retirada voluntária de um ou mais órgãos de uma pessoa, após a morte ou em alguns casos enquanto vivo, desde que não comprometa suas funções vitais e saúde mental e estejam em conformidade com os preceitos legais, possibilitando, assim, a sobrevivência dos doentes que estariam em risco iminente de morte” (apud AGUIAR et al, 2010, p.254). A doação de órgãos é um ato de enorme respeito pela vida e de solidariedade.

O Brasil conta com o maior programa público de transplantes do mundo, sendo o SUS o responsável pelo financiamento de mais de 90% dos procedimentos realizados no país. O SNT brasileiro é muito bem estruturado, deixando o país na segunda colocação, no panorama mundial, em números absolutos de transplantes de rins e fígado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS-ABTO, 2018). Graças à atuação na melhoria da infraestrutura hospitalar, treinamento e estruturação de equipes envolvidas e, principalmente, da sensibilização das famílias, o número de doadores no Brasil tem crescido dia a dia e, com ele, o índice de pessoas transplantadas. Entretanto, ainda há muito que melhorar neste cenário.

No Brasil, ocorreram no ano de 2018, 3.531 doações de múltiplos órgãos, sendo 540 no Estado do Paraná. Quanto ao número de transplantes de órgãos sólidos, 8.725 procedimentos

foram realizados no país, sendo que destes, 1029 no Paraná. No entanto, enquanto aumenta o número de pacientes que poderiam beneficiar-se com o transplante de órgãos e tecidos, em decorrência do desenvolvimento de novas tecnologias, o número de doações permanece insuficiente, e ainda há a existência de uma fila de espera, que ao final do ano de 2018, era de 33.454 pessoas no país, sendo que destas 1.187 eram do Estado do Paraná (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS-ABTO, 2018).

São vários os fatores que inviabilizam a doação de órgãos. Pesquisas indicam que, na maioria dos países, apenas entre 15% e 70% dos casos de ME notificados às centrais de notificação são convertidos em doadores efetivos, em decorrência de vários motivos, como a não detecção e/ou não notificação ME; contra-indicação médica, problemas na manutenção do potencial doador falecido; ou, ainda, a recusa familiar (AGUIAR et al, 2010).

Com exceção da Espanha, que apresenta uma taxa de doadores efetivos de 48 doadores por milhão de população (PMP), na maioria dos países desenvolvidos essa taxa varia entre 17 e 34 doadores PMP/ano. O Brasil possuía ao final do ano de 2018 uma taxa de 17 doadores PMP/ano, sendo que no Estado do Paraná a taxa era, no mesmo período, de 47,7 doadores PMP/ano (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS-ABTO, 2018), evidenciando o destaque para este Estado, no que se refere a resultados, no processo de doação em âmbito nacional. Importante salientar que os resultados expressivos estão em franca expansão, uma vez que uma das regiões do Estado do Paraná, a Macrorregião Noroeste – Maringá, atingiu no primeiro bimestre de 2019 a marca de 77 doadores PMP/ano (FONTE: PARANÁ, 2019).

O processo de doação de órgãos é bastante complexo, iniciando-se nas Unidades de Terapia Intensivas (UTI), unidades hospitalares em que se encontram os pacientes gravemente enfermos. A primeira etapa é a identificação do potencial doador, seguida da constatação de ME, entrevista familiar, manutenção do doador, a retirada dos órgãos em centro cirúrgico, acondicionamento e transporte destes e, por fim, a devida devolução do corpo do doador a seus familiares. Dentre todas as etapas do processo, a entrevista familiar constitui-se como sua fase fundamental, uma vez que a família detém a decisão sobre a doação.

1.3 A COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (CIHDOTT) NO PROCESSO DE DOAÇÃO

A política de transplantes constitui-se como uma das áreas mais bem-sucedidas do SUS. Segundo Fertoni et al (2014), o SUS instituiu-se como resultado de lutas firmadas a partir dos anos de 1970 de rompimento com o modelo assistencial biomédico, onde o atendimento à saúde era centralizado em consultórios médicos e hospitais privados. A população menos favorecida e não integrante do mercado de trabalho era excluída deste modelo (WINTERS;

PRADO; HEIDEMANN, 2016). No contexto de luta pela redemocratização em plena ditadura militar, foram se desenvolvendo movimentos para construção do SUS. Os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular (BRASIL, 1990). À luz da conformação do SUS enquanto sistema de saúde que garante acesso integral a população brasileira, foram desenvolvidas as legislações e as políticas públicas que permeiam o universo dos transplantes.

De acordo com a Lei nº 9434/1997, “[...]a retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de ME, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por Resolução do Conselho Federal de Medicina[...]” (BRASIL, 1997). Com redação dada pelo Decreto nº 9175, de 18 de outubro de 2017, são os familiares de até segundo grau, incluindo o cônjuge, os responsáveis pela autorização para a doação dos órgãos e tecidos da pessoa falecida (BRASIL, 2017).

Cada etapa do processo doação-transplante exige conhecimento técnico específico dos profissionais envolvidos, bem como fluxos bem definidos para que não haja prejuízo à doação, ao transplante e, sobremaneira, aos familiares do doador.

Como estratégia para qualificar os processos relativos à doação de órgãos, foram implantadas, por meio da Portaria GM/MS nº 1.752/2005, as CIHDOTT (BRASIL, 2005). Esta Portaria estabelecia, à época, a obrigatoriedade de instituir a comissão em hospitais com mais de 80 leitos.

Atualmente regulamentadas pela Portaria de Consolidação nº 004/2017, as CIHDOTT surgem da necessidade de descentralização, uma vez que as equipes se encontram nas instituições notificantes, em contato direto com os potenciais doadores e com os familiares que os acompanham (BRASIL, 2017). Esta proximidade possibilita o diagnóstico ágil e o aumento no número de notificações de ME, melhora da manutenção do potencial doador, aumento do número de entrevistas e enriquecimento do acolhimento familiar, agregando qualidade a esta etapa fundamental, com consequente aumento das autorizações familiares para a doação.

As legislações vigentes referentes ao processo de doação e transplante de órgãos e tecidos determinam, dentre outros, a obrigatoriedade da identificação de pacientes em possível ME, a realização do diagnóstico, a notificação compulsória dos casos à Central Estadual de Transplantes (CET), a manutenção do potencial doador e o direito da família a decidir sobre a possibilidade da doação. Considerando que este processo é inerente à rotina das unidades de

pacientes críticos e, de acordo com a lei, as instituições hospitalares que possuam permanência de pacientes em ventilação mecânica devem instituir a CIHDOTT, tornando-a atuante, para assim cumprir adequadamente todas as etapas deste processo (FREIRE et. al., 2015).

No Estado do Paraná, para instituir a CIHDOTT, os hospitais devem solicitar autorização de funcionamento da comissão à OPO de abrangência, a qual deve informar ao SET que, por sua vez, repassa a solicitação à Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT). Esta solicitação deve ser acompanhada da constituição da comissão e certidão negativa de infração ética do órgão de classe do coordenador da comissão.

Conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 04/2017, a CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção do estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, sendo estes de nível superior, dos quais o coordenador deverá ser médico ou enfermeiro, preferencialmente, que atue em unidades críticas.

A nomeação formal instituída pela direção da instituição, de acordo com a classificação da CIHDOTT conforme portaria, deve ser enviada para a OPO e atualizada sempre que houver alteração de membros.

A composição da comissão nos hospitais é definida, no Estado do Paraná, em conjunto entre a direção responsável e a OPO de abrangência, sendo considerados os resultados e o perfil necessário para o desempenho da função. Preferencialmente, deve-se compor a comissão por equipe multiprofissional para que o processo seja adequadamente conduzido em sua totalidade. A direção deverá definir o regime de trabalho quanto à atuação na comissão, os membros devem compor escala para atender às 24 horas do dia, todos os dias do ano, pois o processo deve ser acompanhado do início até sua finalização.

Ainda, segundo a Portaria de Consolidação GM/MS nº 04/2017, a criação da CIHDOTT será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecidos a seguinte classificação:

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

CIHDOTT II: estabelecimentos de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1.000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não oncológico, com 200 (duzentos) a 1.000 (mil) óbitos por ano; e

CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não oncológico com mais de 1.000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com, pelo menos, um programa de transplante de órgão.

Nos hospitais com CIHDOTT classificada como II ou III, o coordenador deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à comissão. O coordenador da CIHDOTT tipo III deverá ser obrigatoriamente um profissional médico. A direção do estabelecimento deverá prover área física definida e equipamentos adequados para o gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, além de prover conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores para o pleno funcionamento da CIHDOTT.

Para isso, no mínimo a CIHDOTT deve contar com uma sala para a comissão, contendo computador com acesso à internet, copiadora e scanner, telefone, armário com chave, necessários para o preenchimento e envio dos instrumentos gerenciais e notificações dos protocolos, intercomunicação durante o processo, gestão e arquivamento físico dos protocolos de ME; e, um ambiente destinado para o acolhimento das famílias, preferencialmente próximo às unidades críticas, podendo ser acoplado ou separado da sala da CIHDOTT, desde que haja espaço físico adequado reservado e provido de estrutura para todos se assentarem durante o acolhimento, comunicação da morte e entrevista para possibilitar a doação de órgãos e tecidos.

Para fins do presente trabalho de pesquisa, convém destacar as atribuições da CIHDOTT que, de acordo com o Artigo nº 26, da Portaria de Consolidação nº 004/2017 (BRASIL, 2017), visam fundamentalmente organizar o processo de doação na instituição hospitalar na qual a comissão está inserida, articulando-se com profissionais e unidades pertencentes ao meio intra-hospitalar, bem como extra-hospitalar, para que o processo de verificação de ME e doação de órgãos e tecidos ocorra de maneira ágil, eficiente e dentro dos estritos parâmetros éticos e legais. Promovendo o acolhimento familiar e esclarecimentos acerca do quadro clínico e o processo de doação de órgãos e tecidos, a CIHDOTT torna-se a facilitadora do processo doação - transplante no âmbito da instituição hospitalar. Ainda, destaca-se para essa equipe a importante atribuição de promover a educação permanente dos profissionais no âmbito hospitalar, bem como realizar ações de educação e sensibilização sobre a temática junto à sociedade em geral.

A CIHDOTT deve, ainda, realizar a operacionalização dos exames laboratoriais de triagem do potencial doador, coleta de material para hemocultura, urocultura, tipagem sanguínea, sorologia, antígeno leucocitário humano (HLA) e outros. É responsável por providenciar logística intra-hospitalar para o rápido desenvolvimento da remoção de órgãos, garantindo adequada coordenação de sala por membro da CIHDOTT ou por profissional indicado por esta, desde que devidamente capacitado. Todo o processo de doação deve ser acompanhado em sua totalidade pelos profissionais, sendo concluído com a entrega do corpo

para os familiares. Institucionalmente, compete aos membros da CIHDOTT acompanhar o potencial de doação do serviço de saúde, os indicadores de eficiência da própria comissão e de resultados do processo, além de promover a divulgação dos resultados à direção e aos demais setores que colaboraram para a doação.

1.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão de qualidade e para a tomada de decisão, bem como para o controle de gastos públicos.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ et al, 1997. p.31).

O modelo conceitual sobre avaliação da qualidade em saúde aqui utilizado foi o conceito da clássica tríade de Donabedian: avaliação de estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1992). A estrutura diz respeito aos elementos estáveis (recursos materiais, humanos e organizacionais). No que se refere a avaliação da CIHDOTT, seria a constituição da mesma, escala de trabalho, materiais disponíveis, sala de acolhimento familiar, arquivo dos documentos obrigatórios, entre outros aspectos. Os processos referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo que compõe a relação profissional-usuário, ou seja, programas de educação permanente, utilização dos instrumentos gerenciais, dentre outros. Já os resultados, seriam as modificações geradas pelo trabalho no estado de saúde dos indivíduos. Em se tratando da doação de órgãos, seria a análise dos indicadores, como, por exemplo, o número de notificações de ME, porcentagem de conversão em doação, porcentagem de recusa familiar, dentre outros.

Dessa forma, estudar os fatores relacionados à estrutura, aos processos e aos resultados é bastante relevante, para que seja possível realizar o diagnóstico de eventuais fragilidades que possam prejudicar a qualidade e a efetividade da doação de órgãos e tecidos, e também para fornecer ferramentas de planejamento das ações de qualidade e segurança da assistência a ser prestada aos potenciais doadores e suas famílias, aumentando as chances de melhoria e sucesso para concretização dos transplantes (FREIRE et al, 2015).

Além disso, convém lembrar a necessidade de padronização de processos avaliativos ligada ao condicionamento de repasses de recursos financeiros às instituições contratualizadas em programas governamentais, além do fato de que para o Estado do Paraná, dispor de CIHDOTT atuante faz parte dos critérios para a renovação da habilitação dos Centros Transplantadores que integram o SET.

Assim, especificamente quanto à CIHDOTT, melhorias em sua atuação significam proporcionar melhor atendimento aos pacientes graves, melhor acolhimento aos familiares,

maior número de notificações de ME resultante em doações e maiores benefícios aos cidadãos que aguardam em fila de espera por órgão ou tecido. Dessa forma, para além da institucionalização da avaliação em nível estadual e considerando que as práticas em saúde podem constituir-se em objeto de avaliação em suas diversas dimensões, articuladamente à capacidade avaliativa da produção das informações e dos julgamentos no trabalho em saúde, considera-se primordial integrar o processo avaliativo às funções da CIHDOTT, esta representando a instância que executa e viabiliza o alcance dos objetivos da política pública de doação e transplantes de órgãos no Estado e no país. Essa premissa é importante inclusive como um orientador para o trabalho cotidiano da comissão, haja vista seus resultados terem que ser sistematizados como fruto do trabalho e, ao mesmo tempo, como fontes de dados de avaliação e desempenho de eficiência, eficácia e efetividade da comissão, contribuindo para sanar lacunas e deficiências verificadas.

A eficiência possui estreita relação com produtividade, ou seja, o quanto se consegue produzir com os meios disponibilizados. A eficácia aponta o grau com que um programa atinge as metas e objetivos planejados e a efetividade mede os efeitos positivos ou negativos na realidade que sofreu a intervenção, ou seja, aponta se houve mudanças socioeconômicas, ambientais ou institucionais decorrentes dos resultados obtidos pela política, plano ou programa (TROCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2016).

A realidade brasileira tem evidenciado um esforço considerável nas áreas políticas e sociais, tanto governamental quanto não governamental, no sentido de aumentar o número de doações efetivadas e de pacientes transplantados. Contudo, apesar de observar um aumento de notificações e doações, ainda é um desafio no Brasil resolver um proporcional aumento de perdas de doações. Apesar de a legislação ser clara e eficiente nessa área, não há instrumentos que possam elaborar indicadores reais acerca do potencial de ME nos hospitais brasileiros, tão pouco em outros países (DENVIR, POMERANTZ, 2009; MENDES et al, 2012). A ausência dessas ferramentas dificulta imensamente a implementação da avaliação das ações relativas à doação de órgãos e tecidos.

A Espanha é um dos países que tem tido excelentes resultados na utilização de instrumentos de qualidade. O país mudou sua realidade, saindo de uma taxa de 14,3 doações (pmp), em 1989, evoluindo ao longo dos anos e chegando, em 2011, a uma taxa de 36,2 pmp, tornando-se uma referência mundial (ONT, 2013). A mudança dessa realidade esteve relacionada com diversas estratégias, mas a adoção de instrumentos do Modelo de Gestão de Qualidade da Organização Nacional de Transplantes (ONT) foi uma das principais responsáveis pela melhoria desse processo (ONT, 2013). Nesse modelo são utilizadas ferramentas de gestão que possibilitam identificar oportunidades de melhorias no cenário da doação.

A avaliação das fases do processo de doação, bem como dos resultados obtidos a fim de identificar as etapas que são eficientes e as que necessitam de aperfeiçoamento, é fundamental para a melhoria da qualidade. Poucos estudos se destinam a verificar esses fatores que são primordiais para fornecer subsídios aos gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações para melhoria no desempenho da doação de órgãos. Nesse sentido, a capacidade de transformar um paciente com ME num efetivo doador de órgãos é, atualmente, um indicador de qualidade deste processo (GOIS et al, 2017), necessitando que a equipe de saúde tenha um olhar direcionado a etapas lícitas, efetivas e seguras de maneira que possam assegurar qualidade na doação e segurança ao processo doação - transplante (KNISH et al, 2019).

Diante do exposto, reafirma-se que a avaliação dos serviços em saúde configura-se uma etapa fundamental para o bom desenvolvimento das políticas públicas.

2 OBJETIVO

Construir um método avaliativo pautado em instrumentos capazes de integrar critérios de avaliação para todas as CIHDOTT constituídas no Estado do Paraná.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo metodológico, ancorado no modelo conceitual de Avaliação da Qualidade em Saúde proposto por Donabedian. O referencial metodológico empregado abarcou três das sete etapas propostas por Coluci, Alexandre e Milani (2015) do modelo de construção de instrumentos de medida na área da saúde, a saber: I - Estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida. II - Construção dos itens e das escalas de resposta e III - Seleção e organização dos itens, e estruturação do instrumento.

3.2 LOCAL/CENÁRIO DO ESTUDO

O local em que foi realizado o estudo é uma OPO localizada no interior do Estado do Paraná, com sede na cidade de Maringá. A OPO Maringá é uma Unidade pertencente ao Governo do Estado do Paraná, sendo subordinada tecnicamente ao SET e ao Ministério da Saúde e, administrativamente, à 15ª Regional de Saúde, com sede em Maringá. É responsável pela macrorregião noroeste do Estado do Paraná, uma região que compreende 115 municípios, 18 hospitais notificantes que dispõem de CIHDOTT e que realizam notificações de ME e de PCR.

Essa Unidade é composta por oito profissionais, dos quais 06 são enfermeiros, 01 psicóloga e 01 técnico administrativo. O técnico administrativo realiza atividades relativas a fechamento de folhas de pagamento, lançamento de horas extras, organização da documentação, auxílio nas ações educativas, apoio administrativo ao plantão nos processos de verificação de ME e PCR, de doação de órgãos e tecidos, bem como o desenvolvimento e avaliação dos instrumentos gerenciais. Os enfermeiros e a psicóloga são responsáveis por inúmeras ações, dentre estas, ações educativas, visitas aos hospitais para realização de busca ativa, especialmente avaliando junto às CIHDOTT os pacientes hospitalizados em unidades críticas em busca de pacientes com sinais clínicos de ME, gestão dos processos de verificação de ME e doação de órgãos e tecidos para transplante, entrevista familiar junto às CIHDOTT e avaliação formativa nos hospitais notificantes para o desenvolvimento das atribuições de acordo com a legislação vigente e o alcance das metas pactuadas. Um dos enfermeiros responde pela coordenação da Unidade. Há uma escala de plantão de 24 horas, em que diariamente ao menos um profissional encontra-se escalado.

Dentre os hospitais notificantes, 02 hospitais são privados, 03 privados conveniados ao SUS, 02 públicos e 11 filantrópicos.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a dezembro de 2018 e compreendeu reunir conceitos e dados significativos para compor o processo de avaliação de CIHDOTT ora proposto, atendendo às etapas I e II da construção de instrumentos de medida na área da saúde (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para isso, realizou-se a definição de instrumentos gerenciais e de indicadores e metas aplicados à área de doação e transplantes de órgãos e tecidos.

A etapa III de construção de instrumentos de medida na área da saúde (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015) envolveu a seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento final, a Ficha de Avaliação da CIHDOTT (APÊNDICE D). Desenvolvida a partir do GoogleForm, ela é composta por 31 questões, subdivididas em estrutura (10 questões), processos (07 questões) e resultados (14 questões), conforme Donabedian (1992). Há informações que devem ser preenchidas online pelo avaliador da OPO por ocasião de inspeção presencial no hospital notificante, e outras advêm dos instrumentos gerenciais, sendo que ao final do preenchimento da planilha é obtida uma pontuação.

Considerando tratar-se de pesquisa centrada em fontes documentais, o presente estudo foi aprovado pela direção administrativa da 15ª Regional de Saúde (ANEXO F).

3.4 INSTRUMENTOS GERENCIAIS, INDICADORES E METAS

Quanto aos instrumentos gerenciais, alguns (ANEXOS A, B, C, D e E) foram desenvolvidos previamente por profissionais pertencentes às OPO do Estado e/ou CET e já estavam em uso na OPO Maringá gradativamente desde 2016. Mostram-se relevantes ao processo avaliativo de CIHDOTT porque enfatizam algumas ações e funções prioritárias da comissão, passíveis de registro e sistematização. Outros (APÊNDICES A, B e C), foram desenvolvidos especialmente no decorrer do presente estudo, frente à necessidade de acompanhamento dos mesmos junto à CIHDOTT, compondo igualmente importantes dados de avaliação do seu trabalho cotidiano. São oito os instrumentos gerenciais selecionados:

3.4.1 Check List para acompanhamento do Diagnóstico de Morte Encefálica e Processo de Doação (ANEXO A)

Instrumento para uso da CIHDOTT, desenvolvido pela equipe técnica do SET utilizando-se o Programa Microsoft Word, onde foram elencadas as principais etapas do processo de verificação de ME e de doação de órgãos, definidas pelo Decreto 9175/2017 e pela Resolução do CFM 2173/2017, com o objetivo de nortear as equipes intra-hospitalares para que as etapas sejam devidamente seguidas, trazendo maior segurança aos profissionais envolvidos e ao processo de doação como um todo (BRASIL, 2017; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017). Este instrumento é de uso obrigatório e deve ser utilizado em todos os protocolos de morte encefálica e processos de doação, para que as etapas sejam previstas e planejadas, minimizando falhas e falta de documentos e exames. Ao final do processo deve ser anexado no prontuário com a documentação do protocolo e conferido a cada processo pelo técnico da OPO.

3.4.2 Check List para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos (ANEXO B)

Instrumento de uso da CIHDOTT, desenvolvido pela equipe médica do SET utilizando o Programa Microsoft Word, que destaca os cuidados para a manutenção hemodinâmica, endócrino/metabólicas, ventilatória e de prevenção e controle de infecção, com a finalidade de que a viabilidade e a perfusão dos órgãos vitais sejam preservadas. Tais cuidados devem ser realizados pelo médico e pela equipe multiprofissional, continuados durante todo o processo para evitar a perda de doadores por PCR irreversível e favorecer a preservação dos órgãos destinados ao transplante. Foi utilizado como referencial teórico para a construção deste instrumento o Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos (PARANÁ, 2018). Este instrumento de execução

obrigatória, deve ser anexado ao prontuário com a documentação do protocolo, para a conferência da OPO.

3.4.3 Check List de Acolhimento e Entrevista Familiar (ANEXO C)

Instrumento de uso da CIHDOTT, desenvolvido pelo SET utilizando o Programa Microsoft Word, construído a partir do trabalho de HEBERLE, 2017. O acolhimento familiar deve ser iniciado precocemente para famílias de pacientes graves com possibilidade de evolução para ME, haja vista a complexidade e frequente dificuldade da compreensão do diagnóstico pelos familiares. O acolhimento, a comunicação da morte e a entrevista familiar para a doação, devem seguir as orientações apresentadas no check list, com a finalidade de garantir um atendimento humanizado, permeado pela comunicação adequada durante todo o processo com o repasse total das informações e esclarecimentos para as famílias, até o momento da liberação do corpo, mesmo se tratando de não doadores. O check list deve ser arquivado com o restante da documentação do processo e será conferido pela OPO de referência.

3.4.4 Check List para a Coordenação de Sala Cirúrgica (ANEXO D)

Instrumento para uso da equipe de coordenação de sala cirúrgica, desenvolvido por uma das OPO integrantes do SET, no programa Microsoft Word que elenca as fases relativas à coordenação da sala cirúrgica, funciona como um check list, onde o coordenador de sala cirúrgica pode ir checando as etapas, minimizando, assim possíveis complicações decorrentes do processo de remoção de órgãos e tecidos. O Check list para a coordenação da sala cirúrgica tem como objetivo aperfeiçoar as ações desenvolvidas durante a retirada dos órgãos no centro cirúrgico, desde a recepção dos materiais, até a devolução do corpo do doador aos familiares ao término do processo. A OPO promove a entrega dos materiais junto com o check list, e o coordenador de sala cirúrgica prossegue com seu preenchimento durante o procedimento de retirada, respeitando as etapas contidas no documento, e posteriormente, ao fim do procedimento, o devolve a OPO junto às caixas térmicas com os órgãos retirados.

3.4.5 Registro de Reuniões, Capacitações e Ações Educativas (ANEXO E)

Instrumento desenvolvido para uso da CIHDOTT, desenvolvido pela equipe da CET no programa Microsoft Word que detém campos para serem alocadas as informações acerca das reuniões e treinamentos ocorridos mensalmente. A CIHDOTT deve realizar minimamente uma reunião mensal registrada em ata, discutindo seus resultados, pontuando estratégias para sanar os obstáculos do processo de trabalho além de planejar as atividades do mês subsequente. A capacitação dos membros da comissão deve ser contínua, e os profissionais da instituição, que

atuam em qualquer etapa do processo, especialmente profissionais das unidades críticas, igualmente devem ser contemplados com treinamentos realizados pela comissão e ou pela CET/OPO. Toda a comunidade hospitalar deve ser sensibilizada e esclarecida sobre o processo de doação, para tanto, ações educativas devem ser promovidas mensalmente e igualmente registradas no instrumento próprio para a apreciação da OPO nas avaliações mensais de atuação e desempenho da comissão.

3.4.6 Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação (APENDICE A)

Instrumento para o uso da CIHDOTT desenvolvido a partir dos formulários do Anexo V da Portaria 2600/2009 (BRASIL, 2009). Nestes formulários constavam a relação dos óbitos ocorridos na instituição hospitalar, a serem preenchidos pela Comissão e encaminhados a OPO mensalmente a fim de que fossem gerados indicadores de resultados do processo e desempenho e avaliado o potencial de doação da instituição. Os formulários em questão eram de difícil manuseio, visto que muitas equipes faziam o preenchimento dos dados dos pacientes em óbito, bem como dos cálculos dos indicadores manualmente. Foi desenvolvido, então, uma planilha utilizando o Programa Microsoft Excel onde as CIHDOTT ao incluir as informações referentes aos óbitos ocorridos, por meio de vinculação de dados, produzem nas demais abas do arquivo automaticamente os indicadores e os gráficos. O relatório de óbitos e acompanhamento do processo é obrigatório e deve ser preenchido na sua totalidade, este instrumento é a base para gerar grande parte dos dados e indicadores de resultados do processo e desempenho, permitindo que a CIHDOTT acompanhe seus números e intervenha imediatamente quando houver inadequações. A OPO avalia mensalmente este instrumento, e, inclusive seleciona a partir do mesmo os prontuários necessários para análise.

3.4.7 Planilha de Busca Ativa (APÊNDICE B)

Instrumento desenvolvido a partir do Programa Microsoft Excel. A busca ativa corresponde à visita às unidades críticas realizada por enfermeiro ou médico, sendo estes membros da CIHDOTT ou profissional que atue nessas unidades, para a identificação de pacientes que apresentem sinais clínicos de morte encefálica. A busca deve ser realizada nos 3 (três) períodos do dia, todos os dias da semana, com avaliação neurológica efetiva, sendo que os pacientes com pontuação 3 na Escala de Coma de Glasgow, e os pacientes profundamente sedados (Rass -5 ou Ramsay 6), deverão ser monitorados, devendo ficar registrado os resultados da avaliação na Planilha de Busca Ativa, os horários em que foi realizada e o profissional responsável. Este impresso deve ser enviado para a OPO de referência uma vez ao dia, pela manhã, e sempre que houver alterações.

3.4.8 Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória (APENDICE C)

Instrumento desenvolvido a partir do Programa Microsoft Word, para o uso dos profissionais envolvidos com a triagem e doação de tecidos oculares. O instrumento contém campos para que sejam inseridos dados acerca dos pacientes falecidos por PCR pertinentes à triagem do potencial doador de tecidos oculares, como idade, causa do óbito, presença de possíveis causas de exclusão para doação, dentre outros. Foi desenvolvido, também, um fluxo de avaliação do potencial doador, tipo algoritmo, orientando, assim, a realização da triagem junto ao Banco de Olhos e OPO. Os óbitos por PCR ocorridos na instituição devem ser avaliados quanto a possibilidade de doação de tecidos, portanto este instrumento deve ser preenchido a cada morte, para garantir se houve ou não a avaliação do potencial doador e a entrevista para doação. A frequência de envio e gestão deste formulário será definida pela OPO de referência, individualmente para cada comissão, considerando os escapes (subnotificações) e fluxos aplicados em cada instituição.

Quanto aos indicadores e metas, foram todos selecionados a partir de consulta a legislações pertinentes, documentos e dados em nível estadual, indicadores gerais relacionados ao tema, assim como literatura científica da área.

Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos utilizados para avaliar o desempenho das atividades são baseados na Portaria de Consolidação nº 04/2017, sendo eles:

- Número de Óbitos da Instituição e das Unidades com Ventiladores;
- Potencial de Morte Encefálica da Instituição;
- Número de Mortes Encefálicas Não Notificadas – subnotificações ou escape ME;
- Número de Notificações de Morte Encefálica;
- Taxa de Contraindicações para Doação em Morte Encefálica;
- Número de Doadores Elegíveis em Morte Encefálica;
- Taxa de Recusa Familiar para Doação de Órgãos;
- Taxa de Consentimento Familiar para Doação de Órgãos em Relação ao Número de Entrevistas;
- Tempo Médio do Protocolo de Morte Encefálica e do Processo de Doação;
- Taxa de Paradas Cardiorrespiratórias (PCR) Irreversíveis em Potenciais Doadores em Morte Encefálica;
- Número de Doações Efetivas em Morte Encefálica;
- Número de Entrevistas Realizadas para Doação de Tecidos Oculares;
- Taxa de Consentimento Familiar para Doação de Tecidos Oculares;

- Taxa de Recusa Familiar para Doação de Tecidos Oculares;
- Número de Doações Efetivas de Tecidos de Doadores em PCR.
- Número de Óbitos sem Contraindicação para Doação de Tecidos, que Não Foram Realizados Entrevistas – subnotificações ou escapes de PCR.

As metas foram desenvolvidas à luz das atribuições definidas pela legislação vigente e da experiência acumulada na OPO, e sua obrigatoriedade foi estabelecida com o objetivo de desenvolver as ações integralmente por meio do planejamento com vistas à eficiência, eficácia e efetividade. São elas:

- Envio diário, até às 10h, da Planilha de Busca Ativa para o e-mail da OPO de referência;
- Preenchimento e encaminhamento até o dia 03 (três) de cada mês do Relatório de Óbitos e Monitoramento do Processo de Doação para o e-mail da OPO de referência;
- Comunicação à OPO de referência dos casos suspeitos de ME assim que houver suspensão da sedação, para o planejamento do diagnóstico e acolhimento da família;
- Realização do protocolo para diagnóstico de ME e sua devida notificação, devendo a CIHDOTT estar presente em todas as etapas, conduzindo esta etapa dentro dos estritos parâmetros éticos e legais;
- Envio da documentação referente à notificação em no máximo 1 (uma) hora após a realização da primeira etapa do diagnóstico de ME;
- Execução do protocolo de ME no máximo em 12 (doze) horas para pacientes acima de 2 (dois) anos. Para as demais faixas etárias, este deve seguir ao preconizado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.173, de 15 de novembro de 2017, concluindo no menor tempo possível;
- Promoção da manutenção hemodinâmica do paciente submetido ao diagnóstico de ME, implantando em 100% dos casos as medidas de manutenção apontadas pelo Manual de Manutenção da Central Estadual de Transplantes;
- Realização do acolhimento familiar durante todo o processo de verificação de ME até a liberação do corpo, mesmo quando não houver doação;
- Suspensão do suporte vital do potencial doador elegível somente após a informação à OPO de referência sobre o resultado final da entrevista familiar e quando não houver a possibilidade de reversão da decisão;
- Realização coordenação de sala cirúrgica por membro de CIHDOTT ou profissional devidamente capacitado e indicado pela comissão em 100% dos processos de retirada de órgãos.

- Realização de reunião, capacitação e ações educativas e de sensibilização para a comunidade hospitalar e extra-hospitalar mensalmente;
- Ocorrência de porcentagem máxima de 7% de PCR irreversível durante o processo, sob os casos notificados, sendo inaceitável a ocorrência de PCR sem a instalação de medidas de manutenção;
- Realização de entrevista familiar de 100% dos potenciais doadores elegíveis (validados pelo plantão médico da CET), para possibilitar a doação de órgãos para transplante;
- Obtenção no mínimo 65% de consentimento familiar para doação de órgãos nos casos de ME submetidos à entrevista;
- Identificação, avaliação e notificação de 100% dos óbitos por PCR com vistas à doação de tecidos, sendo inaceitável a ocorrência de subnotificações ou escapes de pacientes elegíveis (pacientes com sinais clínicos compatíveis com ME, sem uso de sedação, sem contraindicações para abertura do protocolo de ME e que não tiveram os testes de verificação de ME iniciados);
- Entrevistar 100% das famílias dos doadores elegíveis de PCR para a possibilidade de doação de tecidos para transplante, sendo inaceitáveis as subnotificações ou escapes (pacientes que evoluíram com PCR irreversível, dentro da faixa etária preconizada para doação de tecidos, sem contraindicações médicas explicitadas em portaria e que não foram notificados e possibilitados a doação);
- Obtenção no mínimo 50% de consentimento familiar para doação de tecidos nos casos submetidos à entrevista.

É importante salientar que as metas “Ocorrência de porcentagem máxima de 7% de PCR irreversível durante o processo, sob os casos notificados”, “Obtenção de no mínimo 65% de consentimento familiar para doação de órgãos nos casos de ME submetidos à entrevista” e “Obtenção de no mínimo 50% de consentimento familiar para doação de tecidos nos casos submetidos à entrevista” foram propostas pelo SET, considerando-se a média histórica dos resultados obtidos pelos hospitais notificantes no Estado do Paraná entre os anos de 2012 e 2017 (PARANÁ, 2018).

Uma primeira versão impressa, centrada nos instrumentos gerenciais, indicadores e metas, já foi desenvolvida em 2018 e entregue pelo SET às CIHDOTT do Estado do Paraná, com o objetivo de permitir uma avaliação de viabilidade de uso e operacionalização por seus membros (APÊNDICE E). Foram dadas sugestões pelos profissionais membros das CIHDOTT que operam tais instrumentos e os ajustes foram realizados, validando as etapas I e II da metodologia.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise procurou estabelecer a correlação entre os dados e as atribuições legais da CIHDOTT, orientadas pelo modelo conceitual sobre Avaliação da Qualidade em Saúde de Donabedian (1992). Os instrumentos gerenciais permitem registrar e acompanhar os indicadores para posterior avaliação, bem como aprimorar o trabalho das CIHDOTT, uma vez que os mesmos podem ser utilizados como uma espécie de eixo norteador das ações obrigatórias agregando, assim, qualidade a assistência à saúde.

Ainda, os instrumentos gerenciais, indicadores e metas foram analisados de acordo com a natureza de cada informação e compuseram a Ficha Avaliativa sendo distribuídos em indicadores de estrutura, processos e resultados. Foi estabelecida determinada pontuação para cada item, permitindo uma pontuação final mediante análise estatística ponderada. Considerando a experiência acumulada pelo uso dos instrumentos gerenciais, contexto avaliativo atual e os indicadores já obtidos na macrorregião de Maringá, foi estabelecida uma pontuação mínima necessária para que a CIHDOTT possa ser considerada atuante, para fins de alocação de recursos financeiros dentro da política pública da doação de órgãos e tecidos e para habilitação/renovação de Serviço de Transplantes.

4 RESULTADOS

Propõe-se a implantação de um sistema de avaliação para as CIHDOTT pautado nas atribuições definidas pela legislação vigente, com padronização de ações por parte das comissões e da avaliação por parte dos gestores, a partir da institucionalização da avaliação. Os resultados incluem a apresentação da Ficha Avaliativa, instrumento a ser preenchido pelo avaliador pertencente à OPO de referência (Quadro 1), seguido da explicitação de alguns apontamentos específicos quanto as suas partes. Importante ressaltar que o modelo conceitual utilizado neste estudo foi o uso da tríade clássica de Donabedian (1992), pautado na avaliação de estrutura, processos e resultados, a partir dos quais os instrumentos gerenciais, indicadores e metas foram distribuídos.

A avaliação das CIHDOTT respeitará o seguinte aprazamento:

- Estrutura: avaliação anual;
- Processos: avaliação anual;
- Resultados: avaliação mensal.

A avaliação será realizada por um membro da OPO que irá realizar a análise do desempenho da CIHDOTT utilizando -se por base a estrutura que a CIHDOTT dispõe para o

desenvolvimento de suas atribuições, os processos instituídos para o bom andamento das funções e os resultados obtidos a partir do desenvolvimento do trabalho daquela comissão.

A avaliação será realizada por meio do preenchimento online do instrumento Ficha Avaliativa. Esta ficha é composta por três partes, sendo elas: Estrutura, com valor de 30 pontos, Processos, com valor de 30 pontos, e Resultados, com valor de 40 pontos. O máximo de pontos, portanto, será 100. Os pontos serão atribuídos apenas aos itens assinalados como “sim”. O valor de cada item contido dentro de cada parte foi definido por meio de média ponderada. O critério proposto, neste estudo, é de estabelecer um valor mínimo de 90 pontos para que a CIHDOTT possa ser considerada atuante, considerando-se as condições e ações que já vem sendo desenvolvidas junto às CIHDOTT da macrorregião da OPO Maringá.

Segue a Ficha Avaliativa (Quadro 1) e algumas considerações pertinentes aos itens que compõem estrutura, processos e resultados.

Quadro 1: Ficha avaliativa com parâmetros utilizados para verificação da estrutura, processos e resultados da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, Maringá/Paraná, 2019.

Estrutura	<p>Ato de nomeação da CIHDOTT;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CIHDOTT vinculada diretamente a direção médica no organograma institucional; 2. Comissão dotada de Regimento Interno; 3. Carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à Comissão para hospitais com CIHDOTT classificada como II e III. 4. Escala de cobertura para atender as 24 horas; 5. Sala de CIHDOTT; 6. Possui equipamentos mínimos necessários? <ol style="list-style-type: none"> a) Computador com acesso à internet; b) Copiadora e scanner; c) Celular com acesso à internet e aplicativo WhatsApp; d) Armário com chave; e) Arquivo de cópias relativas ao processo de verificação de morte encefálica e a doação; 7. Ambiente destinado ao acolhimento das famílias; 8. Possui apoio diagnóstico: <ol style="list-style-type: none"> a) Serviço de Tomografia; b) Exames laboratoriais; c) Eletrocardiograma;
-----------	--

	<p>d) USG de abdome total;</p> <p>e) Ecocardiograma;</p> <p>9. CIHDOTT dotada de Manual de Normas e Rotinas e/ou Procedimento Operacional Padrão (POP).</p>
Processo	<p>10. CIHDOTT presente em todas as etapas do processo de doação de órgãos, desde a identificação do potencial doador até a entrega do corpo aos familiares, inclusive de não doadores;</p> <p>11. Check List para acompanhamento do Diagnóstico de ME e Processo de Doação.</p> <p>12. Check List para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos.</p> <p>13. Check List de Acolhimento e Entrevista Familiar;</p> <p>14. Check List para a Coordenação de Sala Cirúrgica;</p> <p>15. Reuniões mensais com registro em atas;</p> <p>16. CIHDOTT dotada de programa de educação permanente com pelo menos uma ação educativa mensal, com registro das ações;</p>
Resultado	<p>17. Realização de Busca Ativa;</p> <p>18. Comunicação à OPO de referência sobre a suspensão das drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC) para fins de possível diagnóstico de ME em 100% dos casos. A informação deve ser feita anteriormente a realização da primeira etapa dos testes relativos ao protocolo;</p> <p>19. Envio à OPO da área de abrangência de documentação referente a notificação de ME, em até uma hora após a realização da primeira etapa dos testes de verificação de ME;</p> <p>20. Execução do protocolo de ME em até 12 horas em pacientes com mais de dois anos de idade, sendo que para pacientes menores de 02 anos, o prazo deverá ser de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2173/2017, e dentro do menor tempo possível.</p> <p>21. Realização de entrevista familiar de 100% dos pacientes submetidos ao protocolo de ME validados pela CET;</p> <p>22. Promoção do acompanhamento de 100% dos óbitos da instituição com a realização da Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória ao Banco de Olhos e OPO da área de abrangência;</p> <p>23. Obtenção de porcentagem máxima de 7% de perdas por PCR irreversível durante o processo;</p>

	<p>24. Realização de entrevista familiar de 100% dos potenciais doadores elegíveis de ME para a possibilidade de doação de órgãos e tecidos para transplante;</p> <p>25. Obtenção de mínimo de 65% de consentimento familiar para doação de órgãos.</p> <p>26. Ausência de subnotificações ou escapes de ME identificado por meio de busca ativa ou avaliação de prontuários;</p> <p>27. Realização de entrevista de 100% das famílias dos doadores elegíveis de PCR para a possibilidade de doação de tecidos para transplante;</p> <p>28. Ausência de subnotificações ou escapes de PCR viáveis para entrevista identificado por meio de avaliação de relatório de óbitos e fluxo de notificação de coração parado.</p> <p>29. Obtenção de mínimo de 55% de consentimento familiar para a doação de tecidos nos casos de PCR submetidos à entrevista familiar;</p> <p>30. Envio mensal à OPO da área de abrangência do Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação;</p>
--	--

Fonte: O próprio autor

4.1 AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA

Considerações sobre itens de estrutura:

- Itens de 01 a 10: Estes itens serão avaliados por meio de inspeção presencial, onde o avaliador observa a presença de estrutura mínima de funcionamento, como a constituição da CIHDOTT, manual de normas e rotinas, escala de cobertura da CIHDOTT nas 24 horas do dia, etc.

A estrutura será avaliada presencialmente uma vez ao ano. Munido do instrumento Ficha Avaliativa, o avaliador irá até o hospital notificante para realizar a inspeção dos itens elencados como obrigatórios no quesito estrutura, como, por exemplo o Ato de Nomeação, a sala da CIHDOTT e os equipamentos mínimos necessários, dentre outros. A parte relativa à Estrutura da Ficha Avaliativa é composta por 10 tópicos, com valor total de 30 pontos. Serão atribuídos pontos apenas aos itens que forem assinalados como “sim”. Caso algum item relativo à estrutura sofra alterações durante o ano como, por exemplo, um scanner avariado sem previsão para manutenção ou substituição, ou uma sala anteriormente destinada ao acolhimento familiar retirada da CIHDOTT para outro fim, sendo esta mudança observada por membros da OPO ou da própria CIHDOTT, esta informação deverá ser prontamente repassada ao avaliador da OPO de referência para que o relatório de avaliação mensal inclua as novas informações sobre

estrutura. Caso não haja modificações de estrutura, será mantida a pontuação da última avaliação, realizada em menos de 12 meses.

4.2 AVALIAÇÃO DE PROCESSO

Considerações sobre itens de processo:

- Item 11: a avaliação positiva deste indicador poderá ser constatada por meio da verificação dos impressos relativos à notificação de ME e de PCR, em que há assinatura do profissional responsável pelas etapas. Também pode ser constatada pelo preenchimento dos Check List para acompanhamento do Diagnóstico de ME e Processo de Doação de preenchimento obrigatório, dentre outras ações corriqueiras.
- Itens 12 a 15: A avaliação relativa ao uso dos quatro Check List de utilização obrigatória poderá ser realizada por meio do envio destes itens à OPO de referência a cada processo de verificação de ME e /ou doação de órgãos.
- Itens 16 e 17: Os registros das reuniões mensais e ações educativas são encaminhadas a OPO da área de abrangência para comprovação para fins de avaliação.

A avaliação dos processos será realizada pela OPO por meio dos instrumentos gerenciais encaminhados pelas CIHDOTT avaliadas, pelo envio de documentos como, por exemplo, a ata das reuniões, programa de educação permanente, etc, e também poderá ser realizada pela inspeção presencial. A parte destinada à estrutura totaliza 07 itens que somam 30 pontos na Ficha Avaliativa.

A organização e implantação clara de processos de trabalho, intermediados pela definição e uso de instrumentos gerenciais, permite estabelecer a correlação destes com muitas das principais atribuições da CIHDOTT definidas pela Portaria de Consolidação nº 04/2017 (BRASIL, 2017), conforme o Quadro 2, facultando um movimento concomitante e contínuo de análise quanto ao cumprimento das mesmas.

Quadro 2. Correlação dos instrumentos gerenciais com as atribuições da CIHDOTT de acordo com a Portaria de Consolidação nº 04/2017. Maringá/Paraná, 2019.

Atribuição da CIHDOTT	Instrumento gerencial
-----------------------	-----------------------

<p>Organização do protocolo de ME, garantindo que o processo seja ágil, dentro dos parâmetros éticos, com a notificação, articulação e envio à OPO das documentações</p>	<p>Check List para Acompanhamento do Diagnóstico de Morte Encefálica e Processo de Doação</p>
<p>Articulação com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de UTI e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação</p>	<p>Planilha de Busca Ativa</p> <p>Check List para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos</p>
<p>Manutenção dos registros dos óbitos ocorridos na instituição hospitalar e apresentar mensalmente relatórios a OPO/CET</p>	<p>Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação</p>
<p>Manutenção dos registros das intervenções e atividades diárias da CIHDOTT conforme os formulários preconizados</p>	<p>Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação</p> <p>Registro de Reuniões, Capacitações e Ações Educativas</p>
<p>Desenvolvimento de rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos.</p>	<p>Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória</p>
<p>Promoção e organização do acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação</p>	<p>Check List de Acolhimento e Entrevista Familiar</p>
<p>Realização adequada coordenação de sala cirúrgica para a retirada de órgãos e tecidos</p>	<p>Check List para a Coordenação de Sala Cirúrgica</p>

Promoção da educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo	Registro de Reuniões, Capacitações e Ações Educativas
--	---

Fonte: O próprio autor.

4.3 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Considerações sobre itens de resultados:

- Item 18: será avaliado por meio da análise do instrumento gerencial Planilha de Busca Ativa, bem como pela verificação do envio diário deste instrumento pela CIHDOTT à OPO. Para este item será considerado como atribuição realizada de maneira satisfatória o preenchimento adequado, com informações verídicas e envio da Planilha em mais de 90% dos dias do mês avaliado.
- Item 19 a 21: tais indicadores podem ser analisados no acompanhamento rotineiro dos processos. O horário de informação acerca da suspensão das drogas depressoras é anotado pelo plantonista da OPO, bem como o horário de recebimento das documentações, portanto, é possível mensurar o tempo de envio da notificação de ME. A documentação a que se refere o item 20 é relativa às folhas de 01 a 05 da notificação de morte encefálica, laudo da tomografia de crânio, tipagem sanguínea e do teste de apneia (se realizado) e demais resultados de exames de relevância se estes estiverem disponíveis. O tempo de realização do protocolo de ME pode ser obtido pela análise do instrumento gerencial Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação.
- Item 22: é monitorado por meio do acompanhamento dos processos de verificação ME, uma vez que sua notificação é compulsória.
- Item 23: Este item é avaliado por meio do envio à OPO e ao Banco de Olhos da área de abrangência, em tempo real, da Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória com vistas a doação de córneas.
- Itens 24, 25, 26, 28, 30 e 31: O recebimento mensal do Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação até o dia 3 de cada mês também é avaliado, assim como sua análise com a finalidade de garantir que 100% dos óbitos da instituição sejam analisados pela CIHDOTT. Os resultados instituídos como metas são gerados por meio deste instrumento.

- A verificação de subnotificações ou escapes de ME e PCR, itens 27 e 29 do Quadro 1, será feita por meio da análise do instrumento gerencial Relatório de Óbitos e Monitoramento do Processo de Doação, sendo que se após a observação deste instrumento houver evidências de possíveis subnotificações ou escapes, o prontuário do paciente em questão deverá ser avaliado pela OPO a fim de buscar evidências de não abertura de protocolo de ME para pacientes em coma arresposivo, sem sedação e sem contraindicações para a realização dos testes, bem como ausência de entrevista familiar para doação de córneas para pacientes dentro da faixa etária preconizada e sem critério de exclusão.

Os itens relativos aos Resultados serão avaliados por meio dos registros de doações, acompanhamento de indicadores e análise do instrumento gerencial Relatório de Óbitos e Monitoramento do Processo de Doação. As metas aqui apontadas foram obtidas por meio de determinação do SET, após análise de resultados conquistados pelas CIHDOTT em uma média histórica entre os anos de 2012 a 2017 (PARANÁ, 2018). Às metas atingidas será atribuído “sim” na Ficha Avaliativa e “não” ao não cumprimento das metas.

Ao fim da avaliação da CIHDOTT por meio do sistema avaliativo, obter-se-á o resultado CIHDOTT atuante ou não atuante. A CIHDOTT que obtiver mais que 90 pontos será considerada atuante e receberá pontuação positiva para os programas de aporte financeiro do Estado ou para a habilitação/renovação do Serviço de Transplante.

Para avaliação do HOSPSUS, mensalmente será gerado pela OPO um relatório com a pontuação final de cada CIHDOTT e encaminhado ao setor de Avaliação, Controle e Regulação (SCRACA) das Regionais de Saúde, que compõem a área de abrangência de cada hospital notificante, com informação da pontuação total, bem como dos pontos gerados a partir de cada parte (Estrutura, Processo e Resultado). Este relatório será acompanhado da informação CIHDOTT atuante ou não atuante. A partir do envio desta documentação os setores responsáveis irão direcionar ou não os repasses financeiros destinados aos hospitais vinculados a este programa.

Para habilitação/renovação de Serviço de Transplante de Órgãos e Tecidos a documentação é encaminhada pelo SET à coordenação do SNT que, por sua vez, irá incluir o parecer positivo junto a documentação que compõe o processo e, se contemplados os demais critérios que integram os trâmites necessários, será autorizada a habilitação/renovação do Serviço de Transplantes. Caso a CIHDOTT, após a avaliação mensal for considerada não atuante, será emitido um parecer do SET de adequações para que haja prosseguimento do pleito.

5 DISCUSSÃO

Dois aspectos se revestem de importância para a presente discussão, um mais direcionado ao trabalho da CIHDOTT propriamente dito e o outro sobre a importância social desse trabalho e sua inserção como política pública específica dentro do SUS, condicionada, portanto, aos direcionamentos e mudanças interpostos em âmbito federal, estadual e municipal.

5.1 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DA CIHDOTT

A atuação da CIHDOTT pauta-se fundamentalmente em funções respaldadas pela legislação que regem o trabalho diário desenvolvido por esta comissão. No entanto, apesar de dispor de ações legalmente definidas, por vezes, a OPO se depara com divergências de processos de trabalho das comissões, pois cada uma acaba desenvolvendo métodos de trabalho individuais a partir de suas experiências com o processo de doação, gerando disparidade de ações, o que, por sua vez, dificulta a análise destas por parte do órgão supervisor, no caso, a OPO.

Desde a publicação da Portaria nº 2600/2009, que redesenhou a política de procura de órgãos no Brasil, criando a OPO e atribuindo a esta instância a função de gerenciamento do processo de doação de órgãos e tecidos, tem sido uma preocupação dos gestores da área no Estado do Paraná a realização do diagnóstico situacional de cada uma das CIHDOTT, para subsidiar rumos do trabalho e tomadas de decisão. Historiando brevemente essa política pública estadual, desde aquele período o tema avaliação de CIHDOTT permeou reuniões técnicas e discussões a respeito dos processos de doação. Com o advento do Programa HOSPSUS, a gestão estadual viu uma oportunidade de adequação dos hospitais para garantir estrutura mínima adequada, processos de trabalho efetivos, capacitação de pessoas, profissionalização das equipes e pactuação de metas para garantir excelência nas ações relacionadas ao processo de doação.

Em meados de 2011, foi elaborado pela CET um questionário simples composto por questões abertas e fechadas sobre as atribuições da CIHDOTT. Este instrumento foi, por anos, aplicado pelos coordenadores de OPO para subsidiar a classificação da CIHDOTT em atuante ou não atuante e, assim, compor relatório para fins de avaliação para o Programa HOSPSUS e habilitação/renovação do Serviço de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Ocorre que este primeiro instrumento apresentava algumas desvantagens a avaliação não gerava pontuação, o instrumento não dispunha de indicadores e critérios claros e bem definidos e, ao fim da avaliação, o responsável por ela não era capaz de emitir um juízo de valor isento de opiniões do próprio avaliador. Apesar de ser norteado pelas questões, cabia sempre ao avaliador a opinião

final sobre a atuação de determinada CIHDOTT, sendo inevitável a discricionariedade. O poder discricionário consiste na prerrogativa concedida pela administração pública, para o desenvolvimento de atos administrativos com liberdade na escolha. Existindo espaço para o administrador em optar por um comportamento adequado à resolução do problema posto, ou melhor, para fazer uma apreciação subjetiva do caso concreto, sustentado por critérios de conveniência e oportunidade, há discricionariedade (FRANÇA, 2000).

Além disso, o processo de avaliação instaurado não alcançava seu potencial de transformação e aprimoramento das condições de trabalho e qualificação dos processos nessa área.

A partir da experiência que foi sendo acumulada, ainda que limitada em muitos aspectos, alguns profissionais atuantes nesta temática de avaliação de CIHDOTT assumiram para si a tarefa de desenvolver uma ferramenta de avaliação o que englobasse requisitos para considerar a comissão de transplante atuante ou não atuante. No entanto, o grande desafio sempre foi elencar todas as ações, criar metas plausíveis e, principalmente, compor uma avaliação embasada em aspectos legais e princípios metodológicos de avaliação em saúde para atribuir pontuação aos itens avaliados, não infringindo ao avaliador ou limitando ao máximo qualquer emissão de opinião ou juízo de valor próprio sobre o órgão avaliado.

Alguns dos instrumentos gerenciais foram, então, sendo desenvolvidos para que pudessem nortear o trabalho das CIHDOTT e contribuir com o processo de avaliação, que carecia, ainda, de um método de avaliação melhor definido e com maior robustez.

Para uma CIHDOTT ser considerada atuante é necessário que ela desenvolva suas ações diárias de acordo com critérios estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 04/2017. É, fundamental, portanto, que o instrumento de avaliação ao mesmo tempo permita um parecer final acerca da atuação da CIHDOTT, e que seja capaz de orientar estas comissões em suas ações, agregando qualidade aos processos por ela desenvolvidos. É necessário, também, que os parâmetros utilizados por este instrumento sejam de pleno conhecimento por parte de todos os envolvidos, para garantir a lisura ao processo avaliativo e mudanças no contexto de cada serviço. Na implementação das políticas públicas, “o sucesso da implementação decorre da clareza dos objetivos, pois é imprescindível que os implementadores compreendam perfeitamente a política e saibam exatamente o que se espera deles” (LIMA E D’ASCENZI, 2013, p.103). A operacionalização de novas políticas, programas, projetos ou atividades depende também, de acordo com os mesmos autores, de um conjunto de fatores, como características e conteúdo do plano, estruturas e dinâmicas dos espaços organizacionais e dos valores, ideias e concepções de mundo dos atores implementadores.

Assim, cada indicador, instrumento gerencial ou meta pactuada deverá ser do conhecimento de todos os envolvidos, orientando alternativas para que a CIHDOTT atinja os critérios apontados pela legislação. Nesse sentido, o Quadro 1 procura correlacionar os instrumentos gerenciais às respectivas funções da CIHDOTT atribuídas pela legislação vigente. Estabelecer tal correlação é importante porque permite uma reflexão contínua sobre o alcance dessas funções e, especialmente, sobre o modo como os processos de trabalho são desenvolvidos, motivando mudanças e definindo caminhos para melhorias quando necessário (HARTZ et al, 1997; FREIRE et al, 2015).

Quanto aos indicadores, estes são baseados no regulamento técnico da CIHDOTT e são gerados a partir da análise do instrumento gerencial “Relatório de Óbitos e Monitoramento do Processo de Doação”. O objetivo destes indicadores é orientar o trabalho das CIHDOTT e da OPO no sentido de fazer com que ambas as instâncias conheçam o potencial de doação da instituição de saúde, atividades por ela realizadas, bem como os resultados obtidos. Com isso, permitir uma análise crítica, inclusive comparativa com dados obtidos em instituições hospitalares de mesmo porte e perfil de atendimento, apontados em literatura. De acordo com Rocha, Canabarro, Sudbrack (2016, p. 606), “o acompanhamento contínuo dos indicadores estabelecidos pela OPO corrobora a criação de estratégias que objetivam a melhora contínua do processo de doação de órgãos e boas práticas”.

Como exemplo, tem-se a incidência de ME nas UTI que, em literatura, frequentemente, representa 10% dos óbitos ocorridos. Em estudo realizado em um hospital de alta complexidade, localizado no Sul do Brasil, foi identificado 8,2% de ME (LUDWING et al, 2017). Lago et al (2007) publicaram artigo no qual avaliaram retrospectivamente dados de sete UTI Pediátricas brasileiras, nas quais ocorreram 525 óbitos entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004 e foi identificado 61 (11,6%) diagnósticos de ME, sendo que a sua incidência nessas sete unidades foi de 4,5 a 24,2%.

O Estado do Paraná mantém sua incidência de ME em torno de 10%, no entanto, na macrorregião de Maringá esta permanece bastante inferior, estando no primeiro bimestre de 2019 em apenas 6,4% (PARANÁ, 2019). Esse resultado poderia sinalizar para a ocorrência de subnotificação nesta macrorregião, situação, contudo, improvável, considerando-se a análise feita em 2017, pela OPO Maringá, no tocante à revisão de prontuários dos óbitos ocorridos nas UTI dos principais hospitais notificantes, sendo 03 na cidade de Maringá, 01 na cidade de Sarandi, 01 em Paranaíba, 01 em Cianorte e 01 em Campo Mourão. Nessa revisão, foi realizada a busca de anotações em prontuários sobre sinais de coma arresposivo, sem sedação e sem contra-indicações para abertura do protocolo, sem o início dos testes de verificação de ME, não sendo identificadas subnotificações. Ou seja, em 38,88% dos hospitais notificantes desta área

de abrangência não foi identificada tal ocorrência (PARANÁ, 2017). Outro fato que refuta o questionamento sobre subnotificações nesta macrorregião é que, no ano de 2018, foi notificado à OPO um total de 127 casos de ME PMP, à medida que o país apresentou apenas 51,9 notificações de ME PMP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS - ABTO, 2018).

A avaliação dos indicadores permite, ainda, a análise pelos próprios membros da comissão sobre qual etapa do processo estes apresentam maiores facilidades ou fragilidades, fortalecendo, assim os bons resultados e aprimorando as deficiências. Em suma, a análise crítica destes indicadores pode auxiliar a comissão a desenvolver planos de ação para a obtenção das metas obrigatórias que serão avaliadas pela OPO, de modo a alcançar eficiência, eficácia e efetividade.

A eficiência tem ligação intrínseca com a produtividade, ou seja, o quanto se consegue produzir com os meios disponibilizados. Esse item possui relação profunda com os valores monetários envolvidos e com o tempo dedicado para a realização de determinada tarefa. No que tange às ações da CIHDOTT, indicadores que revelam a sua capacidade de produção pautada no potencial de doação da instituição hospitalar em que ela atua, como, por exemplo, os indicadores “Número de Óbitos da Instituição Geral e das Unidades com Ventiladores”, “Potencial de Morte Encefálica da Instituição” e “Número de Notificações de Morte Encefálica” revelam, juntamente com a realização de busca ativa diária, aos profissionais da CIHDOTT qual será o “n”, ou seja, qual é a real incidência de ME de determinado hospital notificante. É o valor o mais aproximado possível deste “n” que o hospital deverá converter em doadores efetivos, ou seja, minimizar o máximo possível as perdas de pacientes em ME por subnotificação, PCR irreversível durante o processo, contraindicações passíveis de reversão ou recusas familiares.

Knihš et al (2015) avaliaram 378 prontuários em três hospitais de grande porte no Estado de Santa Catarina, identificando 117 prontuários com sinais descritos de ME. Destes prontuários identificados, 78 (66,6%) foram considerados como perdas por ME não notificada, por falta de manutenção hemodinâmica ou por recusa familiar. Dell’Agnolo et al (2012) obtiveram, em seu estudo realizado em um hospital universitário no interior no Paraná, achados de 80% de perdas sob os casos notificados, ou seja, ainda são muitas as perdas de potenciais doadores, evidenciando a importância da avaliação crítica dos indicadores, o conhecimento do potencial de notificação de ME e de doação, bem como a instituição de processos bem definidos de procura e manutenção de potenciais doadores e, tão importante quanto, de acolhimento familiar.

Os indicadores “Número de Mortes Encefálicas Não Notificadas – subnotificações ou escapes de ME”, “Taxa de Paradas Cardiorrespiratórias (PCR) Irreversíveis em Potenciais Doadores em Morte Encefálica”, “Taxa de Contraindicações para Doação em Morte Encefálica”, e “Número de Óbitos sem Contraindicação para Doação de Tecidos, que não foram realizados entrevistas – subnotificações ou escapes de PCR”, também constituem-se de indicadores que mensuram a eficiência da CIHDOTT, pois quanto menores as perdas de potenciais doadores elegíveis, maior o número de famílias submetidas à entrevista para a garantia do direito à doação de órgãos e tecidos. O indicador “Tempo Médio do Protocolo de Morte Encefálica e do Processo de Doação” também constitui-se de indicador de eficiência, pois estimula e orienta que o processo de verificação de ME seja realizado de maneira ágil, dentro do menor tempo possível, conforme a legislação, reduzindo-se dispêndios públicos para manutenção prolongada de potenciais doadores e, especialmente, minimizando o desgaste físico e emocional por parte da equipe e da família.

No que se refere à eficácia, ou seja, a capacidade de a CIHDOTT atingir as metas propostas, a avaliação envolve o cumprimento das metas já citadas que, se cumpridas, irão traduzir-se em uma CIHDOTT considerada eficaz.

Quanto à efetividade, esta diz respeito aos efeitos positivos ou negativos na realidade que sofreu a intervenção, ou seja, aponta se houve mudanças socioeconômicas, ambientais ou institucionais decorrentes dos resultados obtidos pela política, plano ou programa. No que se refere à CIHDOTT, pode-se realizar tal análise pelo impacto dos resultados oriundos do trabalho desenvolvido por aquela equipe. São eles, o “Número de Doações Efetivas de Órgãos e Tecidos de Doadores em Morte Encefálica” e o “Número de Doações Efetivas de Tecidos de Doadores em PCR”.

A avaliação, portanto, fornece elementos que favorecem os processos decisórios, garantindo aumento da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pela CIHDOTT. Compreende-se que o método avaliativo ora proposto é capaz de contribuir para o aprimoramento da área da doação de órgãos, uma vez que seus resultados estarão atrelados aos repasses de recursos financeiros, implicando em grande esforço por parte dos gestores das instituições hospitalares em manter suas comissões de transplantes atuantes a fim de não sofrer perdas orçamentárias.

Com ênfase em uma avaliação formativa com vistas a melhorias em estrutura, processos e resultados do trabalho das CIHDOTT, tal aprimoramento poderá ser visível nas condições de estrutura, com salas apropriadas para as reuniões com a família, equipamentos mínimos de trabalho, escala de cobertura da comissão nas 24 horas, manual de normas e rotinas e outros itens essenciais para que o processo de doação de órgãos ocorra. Espera-se, também, que haja

maior esforço para que os processos relativos a doação sejam instituídos de maneira adequada, garantido excelência à assistência prestada ao doador e seus familiares e a obtenção de resultados satisfatórios como produto desta atuação, como o aumento de entrevistas familiares, maior número de doadores com órgãos efetivamente implantados e consequente redução das filas de espera por órgão ou tecido.

Segundo vários autores, por si só, indicadores de eficiência, eficácia e efetividade de um serviço de saúde já poderiam ser considerados sinônimos de humanização do cuidado, entendida como a capacidade dos serviços em atender satisfatoriamente as necessidades de saúde das populações e impactar positivamente em sua qualidade de vida. Barros e Passos (2005) destacam que a humanização enquanto política de saúde se constrói com a inseparabilidade entre a atenção e gestão e a transversalidade, indicando o ‘como fazer’ desta política na concretização de ‘tecnologias relacionais’. Para os autores, não há como mudar os modos de atender a população em um serviço de saúde sem que se alterem a organização dos processos de trabalho, a interação da equipe, mecanismos de planejamento, decisões, avaliação e participação. Cuidar e gerir compõe uma só realidade no SUS. Humanização, portanto, não se restringe a um Programa a ser aplicado aos diversos serviços e níveis de atenção, mas deve ser compreendida como uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS.

Os bons resultados de um sistema de saúde articulado dessa forma se mostram, por exemplo, em bons indicadores de saúde, a exemplo daqueles alcançados na política de doação e transplante de órgãos e tecidos no Estado do Paraná. Todavia, todo esse movimento positivo em construção no Estado não tem garantias de continuidade ou melhorias, pois não se compõe alheio a outros setores do setor da saúde, a outras políticas públicas interligadas e mesmo a própria continuidade do SUS, dentro do qual foi possível avançar nessa área. A atual conjuntura política do Brasil confronta e problematiza a política de saúde nacional em sua posição de avanço ligado ao pleno direito democrático advindo principalmente da reforma sanitária (CAMPOS, 2018a; DANTAS, 2018; RIZZOTO, 2018). Santos (2018, p. 1719) afirma, entre outros aspectos, que “o sentido político do SUS não se formará com peças publicitárias ou no acesso a bancos de dados da assistência, mas se inscrevendo nos movimentos ativos de cidadania”. Ou seja, mesmo diante de resultados positivos, inclusive publicizados (PROGRAMA MEU PARANÁ, 2019), é preciso olhar atento e crítico para esse atual momento histórico, pois é eminente o risco de mudanças significativas na estruturação do atual modelo de atenção vigente no país, expresso pelo SUS e, conseqüentemente, de programas específicos, como é o caso da política de doação e transplantes de órgãos e tecidos, independente dos excelentes resultados já alcançados.

Ainda, frente à temática abordada, é extremamente necessário apontar para o fato de que todo esse trabalho da CIHDOTT vem sempre permeado, como deveria ser, por um profundo sentimento de respeito, ética e humanidade para com a família do potencial doador ou do doador. Estes cuidados são mediados pela equipe multiprofissional, sendo que o papel do profissional enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos é fundamental. A participação desse profissional no cuidado prestado à família e ao doador elegível é primordial no processo de acolhimento, humanização e esclarecimento, possibilitando aos parentes do doador uma tomada de decisão com autonomia sobre o destino que darão aos órgãos e tecidos do ente querido. (SANTOS; MORAIS; MASSAROLO, 2012).

O enfermeiro enquanto gestor da Comissão de Transplantes, juntamente com a equipe multiprofissional, tem o grande desafio de identificar constantemente oportunidades de melhorias no sistema de doação e transplante, no sentido de viabilizar etapas lícitas por meio de parâmetros éticos e legais e, acima de tudo, garantir a segurança e qualidade na doação, além de órgãos viáveis para o transplante (ISTRATE et al, 2015).

Para Donabedian (apud REIS, 1990, p.53), a avaliação dos serviços de saúde comporta sempre duas dimensões: 1) o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a beneficiar o paciente e minimizar os riscos; 2) e o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. Nesse aspecto, convém uma consideração fundamental para além do uso estrito de tecnologias ou instrumentos de cuidado em si. Trata-se da própria vivência humana no processo de morte e morrer e da forma como os serviços de saúde interagem com os indivíduos nesse percurso carregado de dor e sofrimento.

Já foi sinalizado anteriormente que o trabalho de excelência da CIHDOTT deve ser capaz de agilizar o tempo de diagnóstico da ME e reduzir o tempo de manutenção do potencial doador até a cirurgia de retirada dos órgãos, diminuindo conseqüentemente o tempo de espera e angústia dos familiares; ou, que a estrutura física deve prever uma sala de acolhimento para uma adequada entrevista familiar com esclarecimentos necessários para a tomada de decisão sobre a doação. Contudo, tais elementos talvez se mostrem insuficientes para enfatizar o real significado da atuação de uma CIHDOTT bem estruturada e qualificada para a família nesse momento.

Trata-se do acompanhamento dos familiares do paciente grave desde a admissão, a fim de identificar suas necessidades, principalmente no tocante a informação referente ao quadro clínico e etapas de tratamento que o ente está sendo ou será submetido. Atentar-se às emoções dos integrantes da família, como por exemplo, sentimento de culpa, medo, ansiedade, raiva, é essencial para ofertar um cuidado integral para a família que vivencia a iminência da morte,

prepará-la para receber a má notícia e decidir com esclarecimento e autonomia sobre a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Nesse contexto de atenção não basta emitir as informações, sendo fundamental cercar-se de elementos e cuidados necessários para que se possa lidar com os possíveis sentimentos deflagrados pela comunicação da má notícia, como a ansiedade, dor e reflexões acerca de diversos aspectos da vida, dos processos de saúde e doença, da morte e do morrer (LEAL-SEABRA E COSTA, 2015). Importante salientar que o local em que geralmente tal enfrentamento acontece são as unidades de pacientes críticos, especialmente a UTI. Tais setores demandam intensa tecnologia de ponta, alto conhecimento técnico-científico e protocolos institucionais rígidos e bem instituídos. É frequente em tais contextos assistenciais a adoção pela equipe multiprofissional de uma visão médico-hegemônica e tecnicista, a despeito de que em meio a toda essa tecnologia encontrem-se famílias e profissionais dotados de sentimentos enquanto vivenciam o processo de morte e morrer. Nesse sentido, é necessário lançar mão de um modelo assistencial que proponha impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do que Merhy (2003) define como Trabalho Vivo, em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido, sobre o Trabalho Morto, que consiste no instrumental necessário para a realização do trabalho em saúde.

A produção de saúde pode ser de um lado, sumária e burocrática, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações interseçoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde, centrada nas necessidades dos usuários. A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado (MERHY, 2003).

Ainda, destaca Donabedian (apud REIS, 1990), que o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões sejam precocemente detectados e corrigidos. Assim, considera-se que esse método avaliativo tem grande potencial de contribuição para a padronização de procedimentos com vistas a diminuir a variabilidade de saberes e práticas, imprimindo qualidade ao trabalho das CIDHOTT na estrutura, nos processos e resultados, sempre respeitando as diferenças e peculiaridades institucionais dos serviços de saúde envolvidos, bem como das famílias dos pacientes gravemente enfermos com acolhimento e humanização das práticas em saúde. Dessa forma, o monitoramento e avaliação envolvem um processo dinâmico e contínuo, promovendo o julgamento centrado na comparação entre recursos empregados e resultados obtidos (LIMA; D'ASCENZI, 2013). Ao mesmo tempo, é um processo gerador de aprendizado capaz de

interagir, modificar e aprimorar a própria política pública (FERNANDES et al, 2011), o que representa essencialmente aprimorar as ações relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Entende-se que a assistência à saúde e os programas bem organizados, para além das especialidades, possuem a capacidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A qualidade do trabalho da CIHDOTT, com a aplicação desse método avaliativo, estaria sendo aferida com a pontuação estabelecida. No caso, para que a CIHDOTT seja considerada atuante seria necessário a obtenção de 90 pontos, valor este sugerido considerando-se a experiência vivenciada junto aos processos avaliativos na OPO em questão e ao fato de que a maioria dos instrumentos gerenciais já estão em uso nesta macrorregião há três anos, o que impõe às equipes das CIHDOTT o domínio sobre os instrumentos, alguns já utilizados rotineiramente para fins de aprimoramento dos processos de trabalho. Entende-se que propor uma linha de corte nos 90 pontos permitiria garantir perdas mensais de 10 pontos para eventualidades e situações pontuais de não cumprimento por parte das CIHDOTT de uma ou outra atribuição. Citam-se alguns exemplos já verificados, como a não realização de reunião no mês avaliado, por motivo de férias ou licença médica da coordenação da CIHDOTT; ou, a ocorrência no mês avaliado de um volume não esperado de processos de verificação de ME ou de doação de órgãos no serviço, exigindo intensa força de trabalho aos membros da CIHDOTT e inviabilizando pontualmente a realização de ações administrativas, como o envio da busca ativa ou atraso de envio do Relatório de Óbitos e Monitoramento do Processo de Doação.

Uma vez implantado no Estado do Paraná, propõe-se que o método avaliativo mantenha para as demais OPO a linha de corte nos 90 pontos. E, considerando-se as peculiaridades de cada macrorregião ou o estágio avaliativo em que se encontram os hospitais notificantes, seja estabelecido um período de transição ou a definição de prazos para as adequações necessárias, estimulando-se, assim, o cumprimento das adequações de estrutura, processo e resultados.

Assim que consolidada a implantação do método no Estado, as instituições hospitalares que tiverem suas comissões consideradas atuantes irão pontuar nos programas de repasse financeiro do Governo do Estado e, quando aplicado, não irão comprometer seus credenciamentos e/ou renovações dos Serviços de Transplante. Enquanto que as instituições com CIHDOTT consideradas não atuantes não pontuarão nos programas de repasse financeiros, sendo notificadas pela OPO de abrangência, com sugestões de adequações necessárias e prazos que, se não cumpridos, comprometerão também a avaliação do mês seguinte. Esta instituição poderá ser penalizada com a perda de recursos financeiros, comprometimento dos credenciamentos serão comprometidos e a instituição poderá ser notificada pelos órgãos

responsáveis por não garantir o direito das famílias ao diagnóstico e a decisão sobre a doação, ambos previstos em lei.

5.2 A POLÍTICA DE TRANSPLANTES E SUA RELEVÂNCIA SOCIAL FRENTE A AVANÇOS E RETROCESSOS DO SUS

Enquanto política pública no campo da saúde, é inegável a relevância social de um transplante bem-sucedido. E cabem aí algumas ponderações para além do método avaliativo em si, sua propositura e funcionalidade. Antes, para uma visão ampliada dessa política pública, suas interfaces e sua interdependência com outras áreas de interesse no SUS. Via de regra, o transplante salva e melhora a qualidade de vida das pessoas, porém, a falta de doadores ainda é muito presente e, por outro lado, muitos indivíduos morrem em listas de espera por um órgão.

Nos Estados Unidos da América, a lista de espera para transplante possui, em média, 119 mil pessoas, sendo que destas em torno de 22 morrem diariamente à espera de um órgão (ROCHA; CANABARRO; SUDBRACK 2016). Em 2015, cerca de 2.300 pessoas entre 31.800 morreram durante esse processo no Brasil, segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS - ABTO, 2015). Muitas são as consequências negativas dessa longa espera:

A demora no atendimento exerce impactos significativos sobre o bem-estar, as probabilidades de cura, a sobrevivência dos enxertos e dos pacientes, a natureza e a extensão das sequelas nos pacientes, nos familiares envolvidos, e na sociedade [...] as incertezas decorrentes da imprevisibilidade impossibilitam o planejamento dos pacientes e dos seus familiares, da atuação do sistema de saúde e do funcionamento do sistema produtivo onde eles por ventura trabalham. Tempo de espera elevado implica, além dos custos e sofrimentos dos pacientes na fila, o aproveitamento de órgãos de qualidade inferior, e a conseqüente redução do tempo de duração dos enxertos. (MARINHO, 2010, p.789).

Muitos dos indivíduos em fila de espera por um órgão advêm, por exemplo, de complicações de condições crônicas de saúde, como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, passíveis de um manejo incorreto ou insuficiente em serviços de atenção primária nos municípios de origem. Alguns com insuficiência hepática terminal também são vítimas de abuso de álcool e não obtiveram acesso a tratamento para esta doença.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, portanto, deve haver uma forte sintonia entre a situação de saúde da população e a estruturação do sistema de atenção à saúde para responder, socialmente a essa situação (MENDES, 2012). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2008, demonstrou que conforme a idade aumenta acentua-se a incidência de doenças crônicas, sendo que 79,1% dos brasileiros de 65 anos ou mais relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas (IBGE, 2008). Para Mendes (2012), esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em função de determinantes sociais da saúde ligados aos

comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, sedentarismo, excesso de peso, abuso de álcool e outras drogas. Uma das respostas do sistema de saúde envolve a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária a Saúde (APS) prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população. (MENDES, 2012, p.49)

Apesar de a literatura enfatizar, cada vez mais a importância do poder local, conferindo aos municípios a responsabilidade do arranjo das RAS para a atenção das condições crônicas de saúde, lamentavelmente ainda existem, na melhor das hipóteses, imensas filas de espera por transplantes advindas de situações crônicas e preveníveis. Diz-se melhor das hipóteses, pois muitos indivíduos sequer obtêm acesso para avaliação pré-transplante, uma vez que inúmeros municípios não possuem ou desconhecem o correto fluxo de encaminhamento. Em alguns casos, ainda anterior à consulta com o Serviço de Transplante, o indivíduo enfrenta outro gargalo que são os encaminhamentos para consultas com especialistas, profissionais que deveriam avaliar e, em situação de suspeita da insuficiência terminal do órgão, encaminhar ao Serviço de Transplante. Ambos os fluxos são de responsabilidade dos municípios e devem integrar as RAS. Aqueles indivíduos que sequer tiveram a chance de ser inseridos em uma fila de espera a um transplante geralmente possuem um único destino: a porta de entrada de um pronto socorro, pois os problemas, antes crônicos e não adequadamente tratados, tendem a se modificar para agudos. Na condição aguda, o indivíduo é finalmente inserido na fila de espera e, agora sim, como prioridade, contudo, quando submetido ao procedimento, frequentemente não resiste a este pela gravidade do quadro e pelas comorbidades agora instaladas.

O pronto socorro também é a porta de entrada do indivíduo que se encontra na outra ponta do processo doação-transplantes, ou seja, o doador de órgãos. Muitas vezes, ele é igualmente portador de uma ou mais condições crônicas mal manejadas, tornando-se vítima, por exemplo, de um acidente vascular encefálico (AVE). Ou, é aquele indivíduo vítima de violência ou de acidente de trânsito. Seja qual for a origem do agravo, de agudização da condição crônica ou como vítima de causas externas, é necessário o bom funcionamento da Rede de Atenção à Saúde em Urgência e Emergência (RUE).

A partir da década de 1980, com a redemocratização do país, baseada principalmente na promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro foi retomando aos poucos sua autonomia política, repercutindo na descentralização de políticas setoriais e promovendo novas conformações entre as instâncias governamentais (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010). Neste cenário e, considerando a transição epidemiológica com aumento da expectativa de vida

e prevalência das doenças crônicas e degenerativas, explosão urbana, aumento de fluxos em estradas e rodovias com consequentes acidentes de trânsito, é visível o fato de que o governo se depara com a necessidade de estruturação de assistência às causas externas, agravos agudos e causas decorrentes de doenças crônicas. Nas últimas décadas houve avanços gerais da Política Nacional de Atenção Hospitalar no Âmbito do SUS e, dentro dela, da RUE. De acordo com a Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), o Ministério da Saúde definiu emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato e urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. O atendimento nessas situações exige organização do sistema de saúde e dos serviços de saúde, disponibilidade de recursos humanos e materiais, além de qualificação técnico-científica. Nesse aspecto, a política pública de doação de órgãos e transplante encontra-se diretamente imbricada com outras políticas públicas na área da saúde e reflete de igual modo suas potencialidades e fragilidades.

De acordo com os registros do Estado do Paraná, de 2011 a 2018, foram realizadas 2.541 notificações de ME, destas 31,7% eram por traumatismo crânio-encefálico (TCE) (PARANÁ, 2019). Um estudo realizado no Estado de Santa Catarina, entre os anos de 2005 e 2010, identificou resultados ainda mais significativos, onde 54% dos casos de ME eram de vítimas de TCE (SILVA et al, 2014). Estes achados evidenciam a vulnerabilidade das pessoas, especialmente frente a situações de violência extrema, que ceifam precocemente milhares de vidas. O TCE se constituiu, no Paraná, no período investigado, como uma das maiores causas de ME, perdendo apenas para o AVE hemorrágico.

Diante da complexidade do processo de doação de órgãos e tecidos e considerando a relevância desse programa, é necessário salientar também, a importância do subsídio para a manutenção destas ações que efetivamente salvam vidas. Os processos relacionados a doação e ao transplante necessitam de alta tecnologia, transporte de alto custo, como o uso de helicópteros e aviões, investimento em capacitações, enfim, elementos e condições que exigem um aporte financeiro considerável. Portanto, a prioridade estatal para o financiamento desta área é indubitavelmente crucial para a manutenção do programa de doação e transplante e para a melhorias do SUS como um todo.

O Brasil é o segundo país com maior número de transplantes, atrás apenas dos Estados Unidos, ou seja, “o SNT é um dos maiores sistemas públicos de transplantes do mundo e nenhum sistema de preços é relevante para selecionar os candidatos à recepção de órgãos no Brasil” (MARINHO 2010, p.787). Importante salientar que, conforme a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2004), nos Estados Unidos, os pacientes

pagam pelos transplantes diretamente ou por meio de planos de saúde, com exceção dos extremamente pobres, que recebem financiamento dos programas governamentais assistenciais, como Medicare e Medicaid (MARINHO, 2010). Ainda, há de se considerar que o gasto com transplantes, no Brasil, incluindo medicamentos, no ano de 2005 foi na ordem de R\$ 521,8 milhões, ou seja, 29,11% a mais do que os R\$ 404,41 milhões gastos em 2004. Contudo, os custos indiretos da não-realização de transplantes também são elevados, como nas terapias renais substitutivas que podem, em grande medida, substituir o transplante renal, as quais custaram aos cofres públicos, em 2005, a elevada cifra de R\$ 1.159.679.058,23 (GODOY; NETO; RIBEIRO, 2007). Em 2012, o SUS financiou mais de 80% dos tratamentos relacionados à terapia renal substitutiva, despendendo 2 bilhões de reais (SILVA et al, 2016).

No Brasil, diferente dos Estados Unidos, os processos de doação e a maioria dos transplantes são custeados pelo SUS, bem como o acompanhamento pós-transplante e a oferta dos medicamentos imunossupressores. No entanto, apesar de se configurar como uma política bem instituída, com financiamento público robusto e bem definido, a doação e o transplante, assim como outros programas de sucesso do SUS, mostram-se a mercê de processos decisórios estabelecidos pelos governantes. Lima e D'Ascenzi (2013) identificaram em literatura algumas variáveis que podem prever o êxito da implementação das políticas públicas. Uma destas variáveis diz respeito ao papel dos governos, ou seja, o contexto político influenciador do sucesso de determinada política, atrelado fundamentalmente a mudanças de governo e ao apoio das elites. Ou seja, para a manutenção desta importante política pública, funcionante e integrante aos princípios do SUS, será necessário continuar insistindo em políticas comunitárias, participativas, inclusivas e efetivamente voltadas às pessoas que aguardam nas filas de espera por um órgão ou tecido.

A política de doação de órgãos e transplantes representa uma política complexa que, muito além de sua dimensão técnica, é uma política de reconhecimento e valorização da vida de pessoas em sofrimento e de apreciação do indivíduo, inclusive em sua morte, no caso do doador. No entanto, esta é intrinsecamente ligada às demais áreas do SUS, dependendo fundamentalmente do bom andamento da atenção à saúde como um todo. É necessária não somente a organização e estruturação da política de doação de órgãos propriamente dita, com financiamento público definido, qualidade implementada, método de avaliação das ações das equipes intra-hospitalares, mas também de todo o SUS.

Nesse sentido, alguns dados recentes despertam preocupação. Estudo evidencia que mortes precoces devem aumentar 8,6% no Brasil até 2030, causadas, principalmente, por doenças infecciosas e deficiências nutricionais em pessoas com até 70 anos. O número equivale a um aumento de quase 50 mil óbitos considerados evitáveis (RASELLA ET AL, 2019).

Recente publicação no Jornal Folha de São Paulo aponta que no primeiro semestre do ano de 2019, houve queda de 44 indicadores, em um total de 90. Esta redução está ligada principalmente às áreas de educação, saúde e meio ambiente. Segundo a publicação os indicadores avaliados na área da saúde foram obtidos do Datasus do Ministério da Saúde. Dados apontam piora de assistência na atenção básica, queda do número de médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), redução de agentes comunitários de saúde (ACS), queda no número de consultas de pré-natal e aumento de internações de menores de 05 anos por pneumonia, indicador atrelado a falta de assistência na atenção básica (FOLHA, 2019).

O panorama relatado evidencia retrocesso dos indicadores de saúde no Brasil no tocante a atenção básica, sugerindo uma possível fragilidade de cuidado às causas preveníveis e as doenças crônicas, podendo ocasionalmente aumentar as taxas de internação hospitalar e a condição de superlotações dos hospitais. Pela proximidade com as demais aéreas de cuidado do SUS, a política de transplantes se mantém sujeita ao desmantelamento deste, pois o processo doação-transplante depende fundamentalmente de hospitais bem estruturados, vagas de UTI, exames disponíveis dentre outros.

Dantas (2018) destaca como um importante limite contemporâneo a pesada ofensiva burguesa, global, sobre o fundo público e, nesse sentido, o tão debatido subfinanciamento do SUS não seria apenas nem principalmente a causa do enfraquecimento das bandeiras do movimento sanitário, mas refletiria um resultado direto da derrota na luta de classes no campo da saúde. Segundo o autor, mais do que um gargalo, esse subfinanciamento reafirma que o SUS, mesmo não pleno nem totalmente público, não caberia na atual dinâmica do capitalismo internacional, que se expressa de forma particular no Brasil. Cientes de que há um importante movimento de mudanças em curso no país, somos levados a concordar com Campos (2018b) nesse ponto, de que o SUS existe, é um fato concreto, e que a justiça social e a solidariedade precisam ser praticadas em cada espaço de duplo poder ou de governabilidade, construídos pelos movimentos de emancipação.

Não há dúvidas de que os reflexos desses atuais limites e dificuldades se mostram rápida e indelevelmente sobre a população brasileira, diante de fatos reais e inquestionáveis. E, de que tal contexto pode comprometer inclusive as metas estabelecidas no presente método avaliativo de CIHDOTT, as quais são sensíveis à qualidade dos serviços. Contraditoriamente e sinalizando para possibilidades futuras, contudo, os avanços e resultados conquistados no ano de 2018 e primeiro semestre de 2019, o SET discute a possibilidade de já para o ano de 2020 definir um aumento de 5% sobre os indicadores referentes ao consentimento familiar, haja vista que pressupõe-se um método avaliativo com potencial de aprimoramento da estruturação das equipes e dos processos de doação, bem como do crescimento dos resultados. Alcançar tal

evolução na política pública de doação e transplante de órgãos e tecidos no Estado do Paraná significa, afinal, assumir com Campos (2018b) a ideia de que a constituição de um movimento amplo de defesa do SUS é uma possibilidade concreta e factível, desde que ancorado coletivamente. Segundo o autor, instituições e profissionais de saúde representam uma força significativa nessa direção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Motivada pela atuação em uma OPO e considerando a avaliação uma etapa essencial para a manutenção e aprimoramento da política pública de transplantes no Estado do Paraná, conclui-se que o objetivo ora proposto foi alcançado. Ou seja, construiu-se um método avaliativo de CIHDOTT pautado em instrumentos capazes de integrar uma avaliação embasada em aspectos legais e princípios metodológicos de avaliação em saúde, que ao mesmo tempo emite pontuação às comissões, classifica-as como atuantes ou não atuantes, promove orientação às equipes e agrega qualidade às ações desenvolvidas.

Limitações da aplicação do método eventualmente podem estar relacionadas a não observação das peculiaridades locais. Disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e materiais, estrutura e a dinâmica das regras organizacionais, formais e/ou informais, fluxos e disponibilização de informações, entre outros, são alguns fatores que podem influenciar a forma como se dará a apropriação e implementação do método nos espaços locais.

Contudo, o potencial de aplicabilidade e impacto desse resultado já se demonstrou durante o seu próprio desenvolvimento no contexto investigado, sugerindo a possibilidade de generalização do uso do método para todo o Estado. Sendo as OPO unidades públicas, em que os profissionais integrantes são em sua totalidade servidores estaduais, reafirma-se tal viabilidade, pois se trata de uma política pública formulada e implementada pelo próprio Estado do Paraná, em sintonia com diretrizes e princípios do sistema de saúde vigente no país. Como ente federado inserido nesse sistema, o Estado corrobora seu papel de gestor e articulador entre os níveis federal e municipal, especialmente próximo a este último, que tem por responsabilidade, afinal, a oferta dos serviços de saúde e o atendimento das necessidades de saúde das populações atendidas.

O estudo evidenciou, ainda, que as práticas em saúde podem constituir-se em objeto de avaliação, em suas diversas dimensões, variando do cuidado individual até os níveis mais complexos de intervenção e organização, como os programas e políticas públicas destinadas à doação de órgãos e ao transplante. Nesse sentido, espera-se que a aplicação do método de avaliação proposto e o amplo conhecimento dos critérios analisados por parte dos envolvidos nessa política pública garanta o atendimento ao Artigo 37, da Constituição Federal, que prevê

que a gestão pública em qualquer dos poderes da União, obedeça aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 1988).

Os dados confirmam que a política de transplantes ora analisada encontra-se muito bem estruturada, com indicadores semelhantes a países com os melhores desempenhos nesse campo. Constituindo-se uma política de Estado, portanto, e não de governo, tem respondido nos últimos anos a grandes investimentos públicos e muitos avanços, principalmente em programas desenvolvidos na área da saúde, como o fortalecimento da atenção básica e da rede de urgência e emergência. Justamente por esse caráter de interdependência de outras políticas públicas na área da saúde, bem como em outros setores da sociedade, reflete de igual modo suas potencialidades e fragilidades em âmbito nacional. A defesa de seu caráter público e gratuito, em âmbito nacional, é a garantia do acesso e da qualidade de vida resultante a todos aqueles que, ao vivenciar o processo de morte e morrer de um ente querido, tem o direito à escolha informada e humanizada da doação de órgãos e tecidos.

Abre-se, a partir desse estudo, perspectivas de novas investigações nessa temática, a exemplo da própria validação do método avaliativo proposto durante sua implementação, entre outras abordagens.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.I.F.et al. Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no estado do Ceará. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p 353-360, jul-set. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes – RBT**, Dimensionamento dos Transplantes do Brasil e em cada estado, 2008-2015. São Paulo, jan-dez, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes – RBT**, Dimensionamento dos Transplantes do Brasil e em cada estado, 2011-2018. São Paulo, jan-dez, 2018.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. n.17, p. 389-394, 2005.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 1o de dezembro de 2018.

BRASIL. Decreto 9175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 de out. 2017. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm >. Acesso em: 02 de dezembro de 2018.

BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores 2009** – PNAD. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 20 de set. 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 de dezembro de 2018.

BRASIL. Lei nº 9434 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 de fev. 1997. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9434.htm. Acesso em: 02 de dezembro de 2018.

BRASIL. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre Regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 05 de nov. 2002. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html >. Acesso em: 19 de abril de 2019.

BRASIL. Portaria nº 1752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 23 de set. 2005. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1752_23_09_2005.html>. Acesso em: 25 de abril de 2019

BRASIL. Portaria nº 2600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 21 de out. 2009. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 18 de agosto de 2019.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 04, de 20 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 20 de set. 2017. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 de abril de 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, June 2018. Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Réplica: O SUS ainda existe. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1721-1722, June 2018. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1721.pdf>>. Acesso em 18 ago. 2019.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.3, pp.925-936. ISSN 1413-8123.
<http://dx.doi.org/10.1590/141381232015203.04332013>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Resolução nº 2173 de 23 de novembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de nov. 2017. Disponível em:<
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2018.

DANTAS, André Vianna. Saúde e luta de classes: em busca do que e como fazer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1715-1716, June 2018. Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601715&lng=en&nrm=iso>. access
 on 19 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05692018>.

DENVIR, Paul; POMERANTZ, Anita. A Qualitative Analysis of a Significant Barrier to Organ and Tissue Donation: Receiving Less-Than-Optimal Medical Care. **Health Communication**. v.24, n.7, p.597-607, oct. 2009.

DELL' AGNOLO, Cátia M. et al. Causes of organ donation failure in Brazil. **Transplant Proc.**, New York, v.44, n.8, p. 2280-2, Oct. 2012.

DONABEDIAN A. Avaliação na assistência à saúde. São Paulo (SP): PROAHA, 1992.

DUBEUX, Luciana Santos; FRESSE, Eduardo; REIS, Yaluska Almeida C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 8, p 1508-1518, ago.2010.

FERTONANI, Hosana Patrig et al. Modelo Assistencial em Saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, Jun. 2015.

FERNANDES, Fernando Manuel B.; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27 n.9, p.1667-1677, set. 2011.

FRANÇA, Vladimir da Rocha. Vinculação e discricionarieidade nos atos administrativos. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 222, p. 97-116, out. 2000. ISSN 2238-5177. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/48940>. Acesso em: 26 Abr. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.12660/rda.v222.2000.48940>.

FREIRE, Izaura Luzia Silvério et al. Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília v. 68, n. 5, p. 837-845, Oct. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500837&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680511i>.

GARCIA, V.D.; VITOLA; S.P.; PEREIRA, J.D. História dos transplantes. In: GARCIA, C.D.; PEREIRA, J.D.; GARCIA, V.D. **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015. cap.1, p.1-21.

GODOY, Márcia Regina, NETO, Giacomo Balbinotto; RIBEIRO, Eduardo Pontual. Earnings and Chronic Renal Disease. **Transplantation Proceedings, New York, v.39, n.2, p. 378-380, march 2007.**

GOIS, Renata Santos Silva et al. Effectiveness of the organ donation process. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 621-627, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000600621&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700089>.

HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books.

HEBERLE, Luana Cristina; BERNARDINO, Elisabeth. Atuação do Enfermeiro no Processo de Doação de Órgãos: Entrevista Familiar. 2017. 115 f. Dissertação (mestre em Prática Profissional de Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos**

serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE 2010.

ISTRATE, Melania G. et al. Benefits of Transplant Procurement Management (TPM) specialized training on professional competence development and career evolutions of health care workers in organ donation and transplantation. **Exp Clin Transplant.**; v.13 n.1. Apr 2015.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION. **Health care at crossroads: strategies for narrowing the organ donation gap and protecting patients**. Washington DC. 2004.

KNIHS, Neide da Silva et al. Aplicação de instrumentos de qualidade em doação de órgãos e transplantes da Espanha validados em hospitais pilotos em Santa Catarina. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 3, p. 323-332, Sept. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n3/0101-2800-jbn-37-03-0323.pdf>. Acesso em 01 out. 2019.

LAGO, Patricia M. et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 83, n. 2, p. 133-140, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572007000200007>.

LAZZARETTI, Claire T. Dádiva da contemporaneidade: doação de órgãos em transplante intervivos. **Epistemo-somática**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 50-61, jul. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052007000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 mar. 2019.

LEAL-SEABRA, Fátima; COSTA, Manuel João. Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato: um estudo exploratório. **Revista de la Fundación Educación Médica**, Barcelona, v. 18, n.6, p. 387-395, 2015.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. **Rev. de sociol. Polít.**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 01-110, dez.2013.

LUDWIG, Érika Fernanda dos S. B. et al. Protótipo de escala informatizada para busca ativa de potenciais doadores de órgãos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, e 2930, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100375&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Apr. 2019. Epub Sep 12, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1936.2930>.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 786-796, Apr. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400020>.

MENDES, Karina Dal Sasso et al . Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 4, p. 945-

953, Dec. 2012. Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400027&lng=en&nrm=iso>. access
 on 04 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, 2012.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrado nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v. 27, n. 855, set/dez/2003.

No primeiro semestre sob Bolsonaro, 44 indicadores pioram e 28 melhoram. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 agosto 2019.

Organización Nacional de Trasplantes - ONT. **Programa de garantía de calidad en el proceso de donación**. España 2013. Available from: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/ProgramadeGarantiadeCalidad.aspx>. access on 04 Oct.2019.

PARANÁ É REFERÊNCIA EM DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO PAÍS. **Programa Meu Paraná**. Curitiba: RPC TV, 27 de julho de 2019. Programa de TV.

PARANÁ. Relatório: média histórica dos resultados obtidos pelos hospitais notificantes no Estado do Paraná entre os anos de 2012 e 2017. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Central Estadual de Transplantes - CET Curitiba, 2018.

PARANÁ. Dados de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Central Estadual de Transplantes – CET, Curitiba, 2019.

PARANÁ. Relatório de avaliação de prontuários dos óbitos na UTI. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Organização de Procura de Órgãos – OPO, Maringá, 2017.

PARANÁ. Manual do HOSPSUS Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná. Curitiba, 2011.

PARANÁ. Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Central Estadual de Transplantes - CET Curitiba, 3 Edição, 2018.

PÊGO-FERNANDES, Paulo Manuel; GARCIA, Valter Duro. Estado Atual do Transplante no **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.128, ed.1, p.51-52, 2010.

RASELLA, Davide et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil, **BMC Medicine**, Londres, v. 17, 2019.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, Mar. 1990. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en&nrm=iso>. access on
 20 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>.

RIZOTTO, Maria Lucia Frizon. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1717-1718, June 2018.

ROCHA, Dagoberto França; CANABARRO, Simone Travi; SUDBRACK, Aline Winter. Atribuições de uma Organização de Procura de Órgãos nas Atividades da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.29, n.4, 602-607, out.-dez., 2016.

RODRIGUES-FILHO, Edison Moraes; FRANKE, Cristiano Augusto; JUNGES, José Roque. Transplante de pulmão e alocação de órgãos no Brasil: necessidade ou utilidade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, n.23, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100501&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Aug. 2019. Epub Feb 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000445>.

ROZA, Bartira de Aguiar et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paul Enferm**, v.23 n 3, p. 417-22. 2010.

SANTOS, José dos; MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.1, p.34-40, 2012.

SANTOS, Ronaldo Teodoro dos. SUS: um novo capítulo de lutas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1719-1720, June 2018.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601719&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 18 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05672018>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Organização de Procura de Órgãos. Relatório de avaliação de prontuários de óbitos ocorridos em unidades de terapia intensiva, Maringá, 2017.

SILVA, Olvani Martins et al. Profile of organ donors in a public hospital in western Santa Catarina. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 1534-1545, oct. 2014. ISSN 2175-5361. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2644>>. Acesso em: 06 apr. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1534-1545>.

SILVA, Silvia Brand et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00013515, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605005&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 28 Apr. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00013515>

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, nº 16, p. 20-45, jul-dez 2006.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, Apr. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 04 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASSHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap 7. p.77-107.

WATSON, Christopher J. E.; DARK, John Henry. Organ transplantation: historical perspective and current practice. **British Journal of Anaesthesia**, Oxford, v. 108, n. 1 (supplement), p. 29 – 42, jan. 2012.

WINTERS, Joanara Rozane F.; PRADO, Marta, Lenise do.; HEIDEMANN, Ivonete Terezinha S.B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.20, n 2, p. 248-253, 2016.

ANEXO A – CHECK LIST PARA ACOMPANHAMENTO DO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E PROCESSO DE DOAÇÃO



CHECKLIST PARA ACOMPANHAMENTO DO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E PROCESSO DE DOAÇÃO



PRÉ-REQUISITOS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO

- Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível, capaz de causar a morte encefálica?
- Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica?
- Tratamento e observação hospitalar ≥ 6 horas ou ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica?
- Temperatura corporal $> 35^{\circ}\text{C}$ + Sat O₂ $> 94\%$ + PAS $\geq 100\text{mmHg}$ ou PA média $\geq 65\text{ mmHg}$ ou pela faixa etária < 16 anos?
- Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares?

SIM

APÓS REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DOS CLÍNICOS POSITIVOS PARA ME

- Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada (1º exame clínico)
- Preencher com todos os dados possíveis o formulário de Notificação de Potencial Doador de Morte Encefálica (1ª e 2ª pgs) e enviar à OPO/CET
- Providenciar a coleta dos exames laboratoriais preconizados para a avaliação do potencial doador: (Tipagem sanguínea*, hemograma completo, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, CPK, CKMB, amilase, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, Bilirrubina total e direta, lipase, lactato, PCR (proteína C reativa) gasometria arterial, parcial de urina*, O₂ amostras de hemocultura*, urocultura* e cultura de aspirado traqueal*) *enviar os laudos a OPO/CET
- Preencher a grade de exames com os resultados laboratoriais atualizados e enviar à OPO/CET
- Iniciar o check list para manutenção do potencial doador de órgãos
- Preencher o formulário do cálculo de hemodiluição para triagem sorológica e enviar à OPO/CET
- Realizar a coleta das amostras sanguíneas para triagem sorológica e HLA (exame de compatibilidade) e solicitar o encaminhamento das mesmas aos laboratórios
- Enviar a prescrição médica das últimas 24 horas que antecedem a abertura do protocolo de ME
- Realizar o exame físico minucioso no potencial doador e medir a circunferência torácica na altura dos mamilos (para potenciais doadores de pulmão), preencher no formulário específico e enviar à OPO/CET
- Solicitar ECG (obrigatório) e ecocardiograma/cateterismo (quando possível) para os potenciais doadores de coração e enviar à OPO/CET
- Solicitar USG abdominal (quando possível) principalmente para os pacientes com IMC > 30 , etilismo crônico e trauma abdominal e enviar à OPO/CET
- Solicitar raio X de tórax e enviar as imagens e/ou laudo à OPO/CET
- Enviar o laudo do exame que comprova a lesão neurológica (tomo, RNM, etc)
- Agendar o exame complementar adequado e disponível (arteriografia, cintilografia, doppler transcraniano, EEG)
- Acolher a família e iniciar o check list de acolhimento e entrevista familiar

APÓS TESTE DE APNEIA POSITIVO PARA ME

- Conferir resultado das gasometrias pré e pós teste (no pós teste PCO₂ $> 55\text{mmHg}$)
- Verificar o preenchimento dos dados do teste de apneia no TDME
- Enviar os laudos das gasometrias pré e pós teste à OPO/CET

APÓS SEGUNDA ETAPA DOS EXAMES CLÍNICOS POSITIVOS PARA ME

- Atentar para o intervalo mínimo entre os exames clínicos de acordo com a faixa etária do potencial doador
- Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada (2º exame clínico)

APÓS O EXAME COMPLEMENTAR POSITIVO PARA ME

SIM

- Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada (ex.complementar), anotar apenas o resultado do exame positivo para ME
- Enviar o laudo descritivo do exame complementar à OPO/CET;
- * Caso tenha sido realizada a repetição do exame complementar, os laudos deverão ser enviados à OPO/CET

APÓS A CONCLUSÃO DO DIAGNÓSTICO DE ME

- Comunicar a família sobre o diagnóstico positivo de morte encefálica (óbito)
- Verificar com a OPO/CET as informações logísticas para realizar a entrevista familiar
- Realizar a entrevista familiar para doação de órgãos/tecidos
- Preencher a grade de exames com os resultados laboratoriais atualizados e enviar à OPO/CET
- Enviar a OPO/CET o TDME com todos os campos preenchidos, sem rasuras e legíveis. Junto ao TDME certificar do envio do laudo das gasometrias do teste de apneia e o laudo do exame complementar positivo para ME

APÓS ENTREVISTA FAMILIAR

DOAÇÃO AUTORIZADA

- Preencher o Termo de Autorização Familiar para remoção de Órgãos/Tecidos (atentar para todos os dados do responsável pela autorização e das 02 testemunhas)
- Preencher o formulário da história médica e social do doador. Para menores de 5 anos de idade enviar cópia da carteira de vacinação
- Providenciar cópia legível dos documentos de identificação do doador, responsável pela autorização e das 02 testemunhas
- Comunicar de imediato a doação à OPO/CET e enviar os documentos dos itens 1, 2 e 3
- Se doador de pulmão providenciar a coleta da gasometria para avaliação, ajustando o ventilador mecânico com os parâmetros: PEEP-5cm H₂O, Volume corrente 6 a 8 mL/kg ("peso ideal"), FR-14, FIO₂-100% e enviar o laudo à OPO/CET
- Providenciar cópia da documentação referente ao processo de doação para as equipes transplantadoras/banco de tecidos (TDME, Termo de Autorização Familiar e cópias dos documentos de identificação, laudo da sorologia, laudo da tipagem sanguínea)
- Posteriormente verificar com a OPO/CET o horário previsto para captação para pré agendar o centro cirúrgico

RECUSA FAMILIAR:

- Elaborar o relatório de entrevista familiar para justificar a negativa (formulário específico da notificação) e enviar à OPO/CET

IMPORTANTE: Nos casos em que a doação não for viável, por quaisquer motivos, seja por recusa familiar ou contra-indicação, será suspenso o suporte terapêutico e o corpo será entregue aos familiares ou para a instituição responsável pela necropsia (IML) nos casos em que se aplique, conforme disposto no artigo 19 do Decreto nº 2175/2017

*Enviar ao IML toda documentação referente ao processo do diagnóstico de ME e da autorização familiar, bem como o relatório de retirada de órgãos e tecidos no caso de doação efetiva.

APÓS A CIRURGIA DE REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

- Conferir e auxiliar no preenchimento correto de relatório de retirada de órgãos e tecidos e enviar para OPO/CET
- Conferir e auxiliar no armazenamento dos órgãos e tecidos
- Avaliar a adequada recomposição do corpo para posterior entrega a família ou encaminhamento ao IML

IMPORTANTE: A documentação de todo o processo de notificação, diagnóstico de ME, autorização familiar e remoção dos órgãos e tecidos, obrigatoriamente deverão ser enviadas a OPO/CET e arquivadas junto ao prontuário hospitalar do paciente obedecendo aos preceitos legais.

ANEXO B – CHECK LIST PARA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS



CHECKLIST PARA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS



NO MOMENTO DA SUSPEITA DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO AVALIADO	META	SIM	NÃO
1. Suspensão da sedação, analgésicos opióides e bloqueadores neuromusculares	Ausência de sedação		
2. Prevenção de hipotermia - aquecimento do ambiente - uso de mantas térmicas - infusão de líquidos aquecidos	T ≥ 35 °C		
3. Controle da glicemia - iniciar insulina endovenosa em bomba infusora se duas medidas consecutivas ≥ 180 mg/dl	Glicemia ≤ 180 mg/dl		
4. Controle da diurese - se oligúria: avaliar bolus de cristalóide para restabelecer a volemia - se poliúria: avaliar indicação de vasopressina ou desmopressina	Diurese 1 – 4 mL/Kg/h		
5. Correção de distúrbios hidroeletrólitos - para correção de hipernatremia, iniciar a infusão de SG5% ou Solução salina 0,45% para taxa de correção máxima de 8-12 mEq/dia	Na+ < 160 mEq/l paO2 > 90 mmHg paCO2 35-45 mmHg		
6. Início ou manutenção da dieta enteral, exceto instabilidade hemodinâmica grave	15-20 kcal/Kg/dia		
7. Proteção ocular com gaze úmida			

NO MOMENTO DA ABERTURA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO AVALIADO	META	SIM	NÃO
8. Manutenção das medidas 1-7 (descritas acima)			
9. Coleta da rotina laboratorial completa (grade de exames do formulário de notificação) + tipagem sanguínea + 2 amostras periféricas de hemocultura + urocultura			
10. Compensação hemodinâmica: Caso meta não alcançada: - realizar infusão de cristalóide 20-30 mL/Kg - puncionar acesso venoso central e pressão arterial invasiva - iniciar drogas vasopressoras - quando necessário uso de vasopressor, acrescentar vasopressina 0.04 U/h	PAM ≥ 65 mmHg PAS > 90 mmHg		
11. Manter ventilação mecânica protetora	VC 6-7 mL/Kg PEEP 8-10 cmH2o		
12. Início de levotiroxina	300 Mcg/dia		
13. Início de metilprednisolona - obrigatório para potenciais doadores de pulmão	15 mg/Kg/dia		

ANTES DA ÚLTIMA ETAPA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO AVALIADO	META	SIM	NÃO
Avaliar o alcance das metas:	PAM ≥ 65 mmHg		
	Ventilação Mec. protetora		
	Diurese de 1-4 mL/Kg/h		
	Glicemias ≤ 180 mg/dl		
	Dieta enteral		
	Na+ < 160 mEq/l		
	Prescrição de metilprednisolona		
	Prescrição de levotiroxina		
	Córneas úmidas e protegidas		

ANEXO C – CHECK LIST DE ACOLHIMENTO E ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO



CHECKLIST DE ACOLHIMENTO E ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO



Planejar todo o Processo com a OPO e a Equipe da Unidade	
Organizar a vinda dos familiares de 1º e 2º grau e ou responsável legal para informar o estado clínico, providenciar local adequado, organizar a equipe, buscar a família na recepção	
Apresentar a equipe, a família se apresenta, identificar a estrutura familiar: () casado () divorciado () viúvo () união estável () solteiro () cônjuge () mãe () pai () filhos nº ____ () irmãos nº ____ () netos nº ____ () outros ____	
Solicitar que portem documento de identificação, acompanhar o médico comunicar a abertura do protocolo de morte encefálica, não mencionar nada sobre doação, elucidar todas as etapas do diagnóstico e oferecer a possibilidade da presença de um médico indicado pela família	
Identificar conflitos familiares, realizar escuta ativa com empatia, reagendar novo encontro	
Médico comunica resultado de cada etapa de exames, evitar termos técnicos, clarificar informações, incentivar que a família faça perguntas, permitir que expressem seus sentimentos	
Confirmar para a OPO a conclusão do diagnóstico com o envio do TDME completo, ajustar com o médico que não fale em doação, organizar um ambiente reservado, ventilado, com espaço para acomodar todos os familiares e equipe sentados, ter disponível água e lenços de papel	
Comunicar a morte, verificar o entendimento, respeitar o silêncio, identificar as fases do luto, estabelecer relação de ajuda nas necessidades apresentadas, propiciar tempo para aceitação	
Oportunizar a visita no leito, esclarecer sobre declaração de óbito, tratar sobre os trâmites funerários, esclarecer sobre o Instituto Médico Legal (IML) se morte violenta	
Possibilitar a doação de órgãos e tecidos somente após ter certeza que assimilaram a morte, fornecer todas as informações e permitir a livre decisão familiar após todos os esclarecimentos	
Fomentar a reflexão, explicar os procedimentos, todas as etapas e tempos do processo	
Elucidar as dúvidas, incentivar a família a verbalizar, se houver negação perguntar o motivo para argumentar com informações pertinentes, proporcionar tempo e privacidade se desejarem	
Doação: preencher autorização familiar, coletar assinaturas do responsável e testemunhas, fotocopiar documento com foto do doador e autorizante, realizar questionário história médica	
Recusa: Preencher relatório da entrevista e liberar o corpo para família (funerária/IML)	

Nome do paciente: _____

Nome do profissional responsável: _____

Assinatura do profissional responsável

ANEXO D – CHECK LIST DE COORDENAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA



CHECK LIST DAS ETAPAS DA CAPTAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS.



HOSPITAL: _____

NOME DOADOR: _____

LISTA DE MATERIAIS OBRIGATORIO NO CENTRO CIRURGICO PARA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS		SIM	NÃO
MATERIAIS OBRIGATORIO NO CENTRO CIRURGICO	CAIXA DE LAPAROTOMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AFASTADOR DE GOSSET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MARTELO PARA QUEBRAR GELO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AFASTADOR DE FINOCHETTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 BACIAS ESTEREIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SERRA DE GIGLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FITA CARDIACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ACIFLEX (FIO DE AÇO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ASPIRADOR POTENTE COM 2 FRASCOS GRANDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FIOS DE ETHIBOND OU MERSILENE (POLIÉSTER) NUMERO 2 OU 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SONDAS NASOGÁSTRICAS 16, 18 E 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EQUIPO SIMPLES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EQUIPO IRRIGAFIX 4 VIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TRANS-O-FIX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ABOCATH 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AFASTADOR DE FINOCHIETTO (SERRA DE GIGLI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BISTURI ELÉTRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HEPARINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALBUMINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GELO NÃO ESTERIL (6 KG RIM D, 6KG RIM E, 6 KG CORAÇÃO, 12 KG FÍGADO, 6KG PÂNCREAS, 12 KG PULMÃO, 12 KG OSSOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	04 LITROS SORO FISIOLÓGICO CONGELADO DA BAXTER COM DUPLA EMBALAGEM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 LITROS SORO FISIOLÓGICO REFRIGERADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 LITRO SORO FISIOLÓGICO EM TEMPERATURA AMBIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PARA LINFONODOS:		
	3 FRASCOS DE UROCULTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PARA GLOBOS OCULARES:		
	2 FRASCOS UROCULTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	COLIRIO ANTIBIOTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSTRUMENTO CIRURGICO PARA CAPTAÇÃO DE GLOBOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FITA ADESIVA LARGA PARA LACRAR AS CAIXAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OBS.: MATERIAIS ESPECIFICOS PARA CADA ORGAO BEM COMO OS LIQUIDOS DE PRESERVAÇÃO SÃO DA RESPONSABILIDADE DAS EQUIPES DE CAPTAÇÃO.



**CHECK LIST DAS ETAPAS DA CAPTAÇÃO
DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS.**



HOSPITAL: _____

NOME DOADOR: _____

MOMENTO 1: ORGANIZANDO A CAPTAÇÃO : MATERIAL ENTREGUE PELA OPO NECESSÁRIO PARA ACONDICIONAMENTO DOS ÓRGÃOS CAPTADOS		
		SIM NAO
ENVELOPE ÓRGÃOS	ÓRGÃOS CORAÇÃO, RINS, FÍGADO, PÂNCREAS E PULMÕES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (TDME)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ANEXO IV - INFORMAÇÕES DO DOADOR (GERADO PELO SISTEMA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	LAUDO DE SOROLOGIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	LAUDO DE TIPAGEM SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	LAUDO DE HLA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	RELATÓRIO DE RETIRADA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	DOCUMENTOS DO DOADOR E AUTORIZANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ENVELOPE DE CORAÇÃO PARA VALVAS	CORAÇÃO PARA VALVAS	
	PÁGINAS 01 ATÉ 08 PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ANEXO 02 (PREENCHIDO NO MOMENTO DA CAPTAÇÃO)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (TDME)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	LAUDO DE SOROLOGIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TIPAGEM SANGUINEA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ANEXO IV - INFORMAÇÕES DO DOADOR (GERADO PELO SISTEMA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	RELATÓRIO DE RETIRADA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2º CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO (PREENCHIDO NA HORA DA CAPTAÇÃO)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTOS DO DOADOR E AUTORIZANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
BOLSA	ETIQUETA ADESIVA DOS ÓRGÃOS, LINFONODOS E BAÇOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	RELATÓRIO DE RETIRADA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	SE DOAÇÃO CORAÇÃO PARA VÁLVULAS CÁRDIACAS : ENTREGA DE 01 ENVELOPE CONTENDO 6 TUBOS 4 EDTA E 2 TUBOS SECOS, FITA CARDÍACA, IMPRESSO DE CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO E ORIENTAÇÕES QUANTO A COLETA DE AMOSTRAS SANGUÍNEAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	SE DOAÇÃO DE FÍGADO EMBALAGEM PARA FÍGADO.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	SE DOAÇÃO DE RINS 4 FRASCOS ACD ANTI COAGULANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ETIQUETA ADESIVA CADA ÓRGÃOS, 03 LINFONODOS E 03 BAÇOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	EMBALAGEM ESTÉRIL PARA BAÇO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	CANETA, TESOURA E PRANCHETA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	FITA ADESIVA P/ LACRAR AS CAIXAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CAIXA(S) TERMICA(S)	CAIXA(S) TERMICA(S) DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	01 CAIXA MÉDIA C/ POTE ESTÉRIL RIM DIREITO	Nº <input type="text"/>
	01 CAIXA MÉDIA C/ POTE ESTÉRIL RIM ESQUERDO	Nº <input type="text"/>
	01 CAIXA PEQUENA C/ 1 GELOX EM PLÁSTICO BOLHA BAÇO LAB. CURITIBA	Nº <input type="text"/>
	01 CAIXA PEQUENA C/ 1 GELOX EM PLÁSTICO BOLHA BAÇO LAB. LONDRINA	Nº <input type="text"/>
	01 CAIXA PEQUENA C/ 1 GELOX EM PLÁSTICO BOLHA BAÇO LAB. MARINGÁ	Nº <input type="text"/>
	01 CAIXA MÉDIA C/ POTE ESTÉRIL CORAÇÃO P/ VALVAS	Nº <input type="text"/>
01 CAIXA GRANDE FÍGADO (EQUIPE DE RETIRADA) , SE NECESSÁRIO	Nº <input type="text"/>	



**CHECK LIST DAS ETAPAS DA CAPTAÇÃO
DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS.**



HOSPITAL: _____

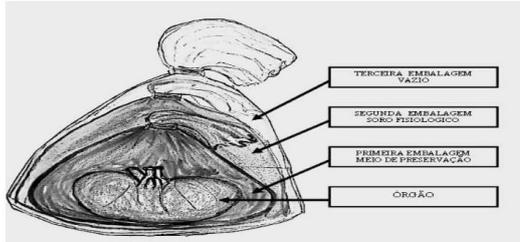
NOME DOADOR: _____

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____ HORA: ____:____

MOMENTO 2: ADMISSÃO DO DOADOR NO CENTRO CIRURGICO (ENF.RESPONSÁVEL)

		SIM	NÃO
ADMISSÃO CENTRO CIRURGICO	NA ADMISSÃO DO DOADOR NO CENTRO CIRURGICO DEVERÁ SER OBRIGATORIO OS SEGUINTES DOCUMENTOS:		
	NOTIFICAÇÃO COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TERMO DE MORTE ENCEFÁLICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA DOAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DECLARAÇÃO DE OBITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ENCAMINHAMENTO AO IML (NOS CASOS DE MORTE VIOLENTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPTAÇÃO DE RINS	COLETAR 4 TUBOS DE ACD ,TAMPA AMARELO CLARO (8,5 ML SANGUE EM CADA), IDENTIFICA-LOS E ARMAZENA-LOS EM COPO PLÁSTICO FIXADO NA PAREDE INTERNA DA CAIXA DE BAÇO E LINFONODOS QUE VAI PARA CURITIBA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IDENTIFICAÇÃO NOME DOADOR, RGCT, RESP. PELA COLETA E DATA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPTAÇÃO DE CORAÇÃO PARA VÁLVULAS	COLETAR DE 4 TUBOS DE EDTA (TAMPA ROXA)E 2 TUBOS DE NAT (TAMPA AMARELA OURO) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IDENTIFICAÇÃO NOME DOADOR, RGCT, RESP. PELA COLETA E DATA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OS TUBOS DE NAT DEVERAO FICAR EM REPOUSO POR 30 MIN E APÓS CENTRIFUGA-LOS POR 15 MIN A 2500 RPM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREENCHER CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO DESSA AMOSTRA, TIRAR 2 CÓPIAS, UMA ENTREGAR A OPO E A OUTRA ADICIONAR AO ENVELOPE DE IDENTIFICAÇÃO DO CORAÇÃO PARA VÁLVULAS CARDIACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DEIXAR OS TUBOS DENTRO DO POTE PLASTICO ONDE SERA ACONDICIONADO O CORAÇÃO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____		HORA: ____:____	

HOSPITAL: _____
NOME DOADOR: _____

MOMENTO 3: PERÍODO OPERATÓRIO		SIM	NAO
	ABASTECER TODAS AS CAIXAS TERMICAS COM GELO NÃO ESTÉRIL (APROXIMADAMENTE 1/3 DA CAIXA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PERGUNTAR A EQUIPE MOMENTO PARA QUEBRA GELO ESTÉRIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREENCHER TODOS OS CAMPOS DO RELATORIO DE RETIRADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	VERIFICAR E ANOTAR OS MEIOS DE PRESERVAÇÃO (LOTE, VALIDADE E QUANTIDADE UTILIZADA PARA CADA ÓRGÃO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HOSPITAL /SERVIÇO = NOME DO HOSPITAL QUE PERTENCE A EQUIPE CAPTADORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ANOTAR HORA DO INÍCIO, HORA DO CLAMP E HORA FINAL DA CIRURGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TODA ALTERAÇÃO NOS ORGÃOS CAPTADOS DEVERÁ SER REGISTRADO PELA EQUIPE CAPTADORA NO RELATÓRIO DE RETIRADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ÓRGÃOS NÃO CAPTADOS POR INVIABILIDADE DEVEM SER RELATADOS (RELATAR O MOTIVO DA INVIABILIDADE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACONDICIONAR O ÓRGÃO EM 3 EMBALAGENS PLÁSTICAS ESTÉREIS	ACONDICIONAR O ÓRGÃO EM 3 EMBALAGENS PLÁSTICAS ESTÉREIS:		
	A PRIMEIRA EMBALAGEM COLOCAR ÓRGÃO E 500 ML DE MEIO DE PRESERVAÇÃO, RETIRAR O AR E AMARRAR A BOCA DO SACO PLÁSTICO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	COLOCAR A EMBALAGEM PRIMÁRIA DENTRO DE UMA SEGUNDA EMBALAGEM PLÁSTICA E COLOCAR 500 ML SORO FISIOLÓGICO GELADO RETIRAR O AR E AMARRAR BEM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	COLOCAR A SEGUNDA EMBALAGEM PLÁSTICA DENTRO DE UMA TERCEIRA EMBALAGEM CUIDANDO PARA QUE FIQUE COMPLETAMENTE DENTRO DA MESMA , RETIRAR O AR E AMARRAR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO NA TERCEIRA EMBALAGEM E NA TAMPA DO POTE ESTERIL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			
COLOCAR O SACO PLÁSTICO COM O ÓRGÃO NO POTE ESTÉRIL, TAMPAR E ACONDICIONAR NA CAIXA TÉRMICA E COMPLETAR COM GELO NÃO ESTÉRIL ATÉ A BORDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LACRAR A CAIXA COM FITA ADESIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ORIENTAÇÕES NA CAPTAÇÃO DE CORAÇÃO PARA VÁLVULAS:		
FIXAR COM FITA ADESIVA NA PAREDE INTERNA DO POTE DO CORAÇÃO PARA VÁLVULAS (EM PÉ) OS 2 TUBOS DE NAT E OS 4 TUBOS DE EDTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____	HORA: ____:____		



**CHECK LIST DAS ETAPAS DA CAPTAÇÃO
DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS.**



HOSPITAL: _____

NOME DOADOR: _____

MOMENTO 4:RETIRADA DAS CAIXAS COM OS ÓRGÃOS CAPTADOS (OPO)		
	SIM	NÃO
VERIFICAR SE AS CAIXAS ESTÃO COM GELO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERIFICAR SE AS CAIXAS ESTÃO LACRADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERIFICAR SE AS CAIXAS ESTÃO COM ENVELOPE NA TAMPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECEBER CÓPIA DO RELATÓRIO DE RETIRADA E CÁLCULO DE DILUIÇÃO(NO CASO DE CORAÇÃO PARA VÁLVULAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERIFICAR SE BANCOS DE OLHOS CIENTE (NO CASO DE CAPTAÇÃO DE GLOBOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERIFICAR A LIBERAÇÃO DO CORPO (DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO IML SE FOR O CASO (RELATÓRIO DE RETIRADA, TERMO ME, ENCAMINHAMENTO MÉDICO E TERMO DE AUTORIZAÇÃO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTREGAR CHECKLIST PREENCHIDO E ASSINADO AO REPRESENTANTE DA OPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____	HORA: ____:____:	

ANEXO E – REUNIÕES & CURSOS



REUNIÕES/CURSOS



DATA:	
PERÍODO:	
HOSPITAL:	
REUNIÃO:	
CURSO:	
INSTRUTORES:	
Nº DE VAGAS:	
Nº DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS:	
CATEGORIA PROFISSIONAL:	

DURAÇÃO:	
----------	--

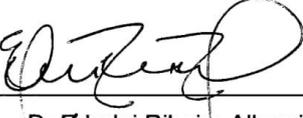
TIPO	TÉCNICO/PRÁTICO
------	-----------------

PARTICIPANTES		Nº DE VAGAS
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

ANEXO F – APROVAÇÃO PELA DIREÇÃO DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA / ANUÊNCIA

Declaro ter ciência e concordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “Institucionalização em nível estadual de processo avaliativo para as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)”, sob a responsabilidade da pesquisadora Gislaine Fusco Duartenas dependências da Organização de Procura de Órgãos (OPO) Maringá/ 15ª Regional de Saúde.



Dr. Ederlei Ribeiro Alkamim
Diretor
15ª Regional de Saúde - Maringá

Maringá, 29 de abril de 2019

APÊNDICE A – RELATÓRIOS DE ÓBITOS E MONITORAMENTO DO PROCESSO DE DOAÇÃO



HOSPITAL:



RELATÓRIO DE ÓBITO - CIHDOTT

Nº	PRONTUÁRIO	DATA INTERNAÇÃO	DATA ÓBITO DIA MÊS ANO	NOME DO PACIENTE	GÊNERO	IDADE	DIAS MÊS ANOS	SETOR	CAUSA ÓBITO 1	CAUSA ÓBITO 2	CAUSA ÓBITO 3	CAUSA ÓBITO 4	TIPO DE ÓBITO	COD. CONTRA INDICAÇÃO CLÍNICA	PROBLEMA LOGÍSTICO/ ESTRUTURAL	STATUS

MONITORAMENTO DO PROTOCOLO

DATA E HORA 1º EXAME CLÍNICO	DATA E HORA DO EXAME CONFIRMATORIO	TEMPO DE FECHAMENTO DE PROTOCOLO	ME CONFIRMADA (S/N)	ENTREVISTA FAMILIAR (S/N)	DATA E HORA DA ENTREVISTA	FAMILIAR QUE FOI ENTREVISTADO	NOME ENTREVIS- TADOR	FAMÍLIA ACEITOU DOAÇÃO (S/N)	COD. CAUSA RECUSA FAMILIAR	EFETIVOU DOAÇÃO (S/N)	HORA INÍCIO CAPATAÇÃO	INCISÃO CIRÚRGICA M.O.

CAPTAÇÃO

GLOBO OCULAR	CÓRNEAS	VALVAS	RINS	CORAÇÃO	FIGADO	PÂNCREAS	OSSOS	PULMÃO	PELE

FINALIZAÇÃO

HORA CORPO FAMILIAR	OBSERVAÇÕES	DOADOR DE MÚLTIPLOS ORGÃOS	DOADOR DE TECIDOS ISOLADOS

APÊNDICE C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO



HOSPITAL: _____
 Responsável pela Notificação: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome: _____ Sexo: _____
 Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: _____
 Data do Óbito: ___/___/_____ Horário do Óbito: _____
 Diagnóstico: _____
 Contato com BOC para Validação () SIM () NÃO Nome do profissional: _____

Contraindicação para doação? () SIM () NÃO - Se SIM, marcar o quadro abaixo:	
Morte de causa desconhecida	Pessoas submetidas a transplantes de órgãos
Fora da faixa etária (entre 3-71 anos incompletos)	Lesões puntiformes sugestivas de uso de drogas ilícitas injetáveis
Sinais clínicos ou sorologia reagentes para HIV, Hep B, Hep C e HTLV	Hemodiluição
Infecção sistêmica não controlada	Neoplasias hematológicas
Retinoblastoma	Lesões de pele com características de malignidade ou de DST
Doença de etiologia desconhecida	Encefalite viral e/ou de origem desconhecida
Tumores malignos do segmento anterior do olho	Síndrome de Reye
Melanoma	Encefalite progressiva
Tumor cerebral	Leucoencefalopatia progressiva
Raiva	Doenças neurológicas de diagnóstico indefinido
Rubéola	Endocardite em atividade
H1N1	Outros:
Risco de transmissão de doenças causadas por prions (Doença de creutzfeldt-jacob e/ou história de demência progressiva rápida, neurodegenerativas, e/ou de origem desconhecida)	

Apto para a entrevista? () SIM () NÃO	
Entrevista realizada por: _____	
Familiar Entrevistado: _____	Grau de Parentesco: _____
Familiar Entrevistado: _____	Grau de Parentesco: _____
Familiar Entrevistado: _____	Grau de Parentesco: _____

Consentimento Familiar? () SIM () NÃO - Se NÃO, assinalar o motivo abaixo:	
Desconhecimento do desejo do potencial doador	Impedimento legal
Dissenso familiar	Motivo religioso
Doador contrário à doação em vida	Receio de demora na liberação do corpo
Familiares contrários à doação	Familiares não localizados
Familiares descontentes com o atendimento	Acima do tempo máximo para a retirada
Familiares desejavam o corpo íntegro	Familiares sem condições emocionais para decisão
Familiares indecisos	Outros:
Familiares se recusam a explicar o motivo	

Doação Efetivada? () SIM () NÃO - Se NÃO, citar o motivo:	
Observações:	
Retirada realizada por:	

Assinatura do profissional responsável

APÊNDICE D – FICHA DE AVALIAÇÃO DA CIHDOTT



Ficha de Avaliação da CIHDOTT

***Obrigatório**

Qual é o Hospital que está sendo avaliado? *

Escolher ▾

Ano da avaliação *

Sua resposta _____

Mês da avaliação *

Escolher ▾

Tipo de Unidade Hospitalar *

Privado

Filantrópico

Público

Conveniado ao SUS

Outro: _____

Total de leitos do hospital *

Sua resposta _____

Total de leitos de UTI *

Sua resposta _____

Classificação do Hospital *

CIHDOTT Tipo I

CIHDOTT Tipo II

CIHDOTT Tipo III

Participa do Projeto Donors *

Sim

Não

PRÓXIMA Página 1 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Ficha de Avaliação da CIHDOTT

Estrutura

- A CIHDOTT formalmente nomeada pela direção do hospital, sendo composta por membros integrantes do corpo funcional hospitalar, sendo estes de nível superior, dos quais o coordenador é médico ou enfermeiro

Sim

Não
- CIHDOTT vinculada diretamente a direção médica no organograma institucional

Sim

Não
- Comissão dotada de Regimento Interno

Sim

Não
- Carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à Comissão para hospitais com CIHDOTTs classificadas como II e III. (se CIHDOTT tipo I, a CIHDOTT não perde pontos se resposta for não)

Sim

Não
- Escala de cobertura para atender as 24 horas do dia, todos os dias do ano. Escala do mês subsequente encaminhada a OPO de referência até o último dia do mês

Sim

Não
- Disponibilidade de sala de CIHDOTT, sendo exclusiva, ou não

Sim

Não
- Possui equipamentos mínimos necessários

	Sim	Não
Computador com acesso à internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copiadora e scanner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Celular com acesso à internet e aplicativo Whatsapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Armário com chave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arquivo de cópias relativos ao processo de verificação de morte encefálica e a doação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ambiente destinado ao acolhimento das famílias, preferencialmente próximo as unidades críticas, dotado de espaço físico reservado e provido de estrutura para membros da equipe e familiares de modo que todos possam se assentar durante o acolhimento, comunicação de má notícia e entrevista familiar

Sim

Não
- Apoio diagnóstico

	Sim	Não
Serviço de Tomografia, próprio, ou de referência, com emissão de laudo nas 24 horas do dia, todos os dias do ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exames laboratoriais destinados para diagnóstico de ME e triagem do potencial doador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Electrocardiograma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
USG de abdome total com emissão de laudo nas 24 horas do dia, todos os dias do ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Electrocardiograma com emissão de laudo nas 24 horas do dia, todos os dias do ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- CIHDOTT dotada de Manual de Normas e Rotinas e/ou Procedimento Operacional Padrão (POP) com definição de ações para todas as etapas do processo de doação, desde a identificação do potencial doador até a entrega do corpo a família inclusive de não doadores de órgãos e tecidos

Sim

Não

[VOLTAR](#) [PRÓXIMA](#) Página 2 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) · [Termos de Serviço](#) · [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Ficha de Avaliação da CIHDOTT

Processos

1. CIHDOTT presente em todas as etapas do processo de doação de órgãos, desde a identificação do potencial doador, até a entrega do corpo aos familiares, inclusive de não doadores
 - Sim
 - Não

2. Utiliza o Check List para acompanhamento do Diagnóstico de Morte Encefálica (ME) e Processo de Doação em 100% dos protocolos de verificação de morte encefálica, anexando este documento ao prontuário
 - Sim
 - Não

3. Aplica o Check List para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos em 100% das notificações de ME, implementando efetivamente as medidas de manutenção contidas no Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos da CET. Anexa o documento ao prontuário. Este item não será avaliado em hospitais que participam do projeto DONORS
 - Sim
 - Não

4. Aplica o Check List de Acolhimento e Entrevista Familiar em 100% dos familiares dos pacientes com sinais de coma arresposivo, implementando acolhimento efetivo em todas as etapas do processo até a devolução do corpo, inclusive de não doadores. Anexa o documento ao prontuário
 - Sim
 - Não

5. Aplica o Check List para a Coordenação de Sala Cirúrgica, garantindo que a coordenação seja efetiva, realizada por membro da CIHDOTT, ou por profissional capacitado. Possui coordenador de sala, circulante e instrumentador com dedicação exclusiva à sala onde está ocorrendo a retirada de órgãos e tecidos, em 100% dos procedimentos. Preenche relatório de retirada e demais documentações relativas ao processo. Encaminha documentação a OPO de referência assim que finalizado o procedimento
 - Sim
 - Não

6. Realiza reuniões mensais para tratar de assuntos relativos ao funcionamento da Comissão e temas correlatos, com registro em atas
 - Sim
 - Não

7. CIHDOTT dotada de programa de educação permanente com ao menos uma ação educativa mensal, sendo ela direcionada aos membros da CIHDOTT, equipe hospitalar e/ou sociedade. Realiza registro das ações
 - Sim
 - Não

VOLTAR
PRÓXIMAPágina 3 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) · [Termos de Serviço](#) · [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



Ficha de Avaliação da CIHDOTT

Resultado

- Realizou busca ativa nas unidades de pacientes críticos, com avaliação neurológica efetiva dos pacientes, nos três períodos do dia, por profissionais devidamente capacitados. Encaminhamento do instrumento gerencial (Planilha de Busca Ativa) diariamente. Serão tolerados até 10% de não envios por mês

Sim

Não
- Comunicou à OPO de referência sobre a suspensão das drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC) para fins de possível diagnóstico de ME em 100% dos casos. A informação deve ser feita anteriormente a realização da primeira etapa dos testes relativos ao protocolo

Sim

Não
- Enviou à OPO da área de abrangência documentação referente a notificação de ME, em até uma hora após a realização da primeira etapa dos testes.

Sim

Não
- Executou o protocolo de ME em até 12 horas em pacientes com mais de dois anos de idade, sendo que para pacientes menores de 02 anos, o prazo deverá ser de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 2173/2017, e dentro do menor tempo possível

Sim

Não
- Realizou a entrevista familiar de 100% dos pacientes submetidos ao protocolo de ME que foram validados pela CET

Sim

Não
- Promoveu o acompanhamento de 100% dos óbitos por PCR da instituição, com triagem do potencial doador de tecidos oculares e realização da Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória ao Banco de Olhos e OPO da área de abrangência

Opção 1

Não
- Obteve porcentagem máxima de 7%, sob os casos notificados, de perdas por PCR irreversível durante o processo, sendo inaceitável a ocorrência de PCR sem a instalação de medidas de manutenção, sendo esta informação conferida na prescrição médica do paciente submetido ao protocolo de ME

Sim

Não
- Realizou entrevista familiar de 100% dos potenciais doadores elegíveis de ME (validados pelo plantão médico da CET) para a possibilidade de doação de órgãos e tecidos para transplante

Sim

Não
- Obteve no mínimo 65% de consentimento familiar para doação de órgãos nos casos de ME submetidos à entrevista familiar. Para hospitais que não obtiveram notificações de ME no mês avaliado, a taxa de conversão será considerada atingida, desde que a CIHDOTT tenha encaminhado a busca ativa diária em 100% dos dias e a OPO não tiver identificado escapes em avaliação de prontuários

Sim

Não
- Ausência de escape de ME identificado por meio busca ativa ou avaliação de prontuários

Sim

Não
- Entrevistou 100% das famílias dos doadores elegíveis de PCR para a possibilidade de doação de tecidos para transplante

Sim

Não
- Ausência de escapes de PCR viáveis para entrevista identificado por meio de avaliação de relatório de óbitos e fluxo de notificação de coração parado

Sim

Não
- Obteve no mínimo de 50% de consentimento familiar para doação de tecidos nos casos de PCR submetidos à entrevista familiar

Sim

Não
- Encaminhou mensalmente à OPO da área de abrangência, até o dia 03 de cada mês, o Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação

Sim

Não

[VOLTAR](#) [ENVIAR](#) Página 4 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulário Google

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Desativar abaixo | [Termos de Serviço](#) | [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

**APÊNDICE E – MANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DA
COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E
TECIDOS PARA TRANSPLANTE – CIHDOTT**



Sistema Estadual
de Transplantes
do Paraná



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

MANUAL DE AVALIAÇÃO
DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO
INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA
TRANSPLANTE – **CIHDOTT**

1ª edição
2018

Governadora do Paraná

Maria Aparecida Borghetti

Secretário de Estado da Saúde

Antônio Carlos Figueiredo Nardi

Diretor-Geral

Sezifredo Paulo Alves Paz

Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde

Irvando Carula

Coordenadora do Sistema Estadual de Transplantes

Arlene Terezinha Cagoi Garcia Badoch

Elaborado pela Educação Permanente, Organização de Procura de Órgãos de Maringá, Londrina e Curitiba.

©2018. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Sistema Estadual de Transplantes.

Rua Piquiri, 170 – Rebouças

CEP: 80.230-140

Tel. (41) 3330 4300

www.saude.pr.gov.br

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Sistema Estadual de Transplantes.

Manual de Avaliação da Atuação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplante - CIHDOTT – Curitiba: SESA/SGS/CET, 2018. 32 p.

1. Morte Encefálica. 2. Doação de Órgãos e Tecidos.
3. Avaliação em Saúde



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

MANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO
DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR
DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS
PARA TRANSPLANTE – **CIHDOTT**

1ª EDIÇÃO

CURITIBA
2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. IMPLANTAÇÃO DA CIHDOTT	7
2.1 Composição da CIHDOTT	8
2.2 Classificação da CIHDOTT	9
2.3 Estrutura Física	10
2.4 Atribuições da CIHDOTT	11
3. INDICADORES	14
4. INSTRUMENTOS GERENCIAIS	16
4.1. Planilha de Busca Ativa	17
4.2. Checklist para acompanhamento do Diagnóstico de Morte Encefálica e Processo de Doação	18
4.3. Checklist para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos	19
4.4. Checklist de Acolhimento e Entrevista Familiar	20
4.5. Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação	21
4.6. Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória	23
4.7. Registro de Reuniões, Capacitações e Ações Educativas	24
5. METAS DA CIHDOTT	25
CONCLUSÃO	29

1. INTRODUÇÃO

O transplante é um tratamento efetivo para muitas doenças e, eventualmente, se torna a única opção terapêutica. O objetivo do transplante de órgãos e tecidos é melhorar a qualidade e salvar vidas.

Portanto, os transplantes são procedimentos que apresentam grande avanço tecnológico, entretanto, não ocorrem sem que haja um doador de órgãos e/ou tecidos.

Como estratégia para qualificar os processos relativos à doação de órgãos e tecidos para fins de transplante foi criada por meio da Portaria GM/MS nº 1.752/2005, a Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para transplante (CIHDOTT), estabelecendo a obrigatoriedade de instituir a comissão em hospitais com mais de 80 leitos.

Em 21 de outubro de 2009 o Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), através da Portaria GM/MS 2600/2009, agora Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, que visa fundamentalmente organizar todo o processo de doação e transplante, a procura e as notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos nas instituições hospitalares, além de definir as atribuições da CIHDOTT, das quais muitas em corresponsabilidade com a Organização de Procura de Órgãos (OPO), e, sob acompanhamento constante da Central Estadual de Transplantes (CET).

O recente decreto 9175 de 18 de outubro de 2017, e a nova resolução do Conselho Federal de Medicina 2173 de 15 de dezembro de 2017, requerem mudanças imediatas no processo, e, mais do que nunca é necessário somar forças para aumentar o quantitativo dos doadores que efetivamente resultem em receptores com órgãos e tecidos transplantados, bem como a qualidade das atividades que permeiam este complexo processo.

O Sistema Estadual de Transplantes em consonância

com as legislações vigentes, considerando sua atribuição de gestão com planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações de doação e transplante no âmbito do estado, tem por objetivo unificar a avaliação da atuação da CIHDOTT, uma vez que o diagnóstico de morte encefálica (ME) e a possibilidade da doação de órgãos e tecidos constituem de direitos garantidos por lei, não podendo ser negligenciados sob argumentos de diferenças infra-estruturais e conformações institucionais.

A Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu o programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde (HOSPSUS), sendo este um programa inovador que visa modificar a lógica da relação entre gestor e o prestador de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa HOSPSUS visa estabelecer e avaliar indicadores de qualidade em todas as áreas da assistência hospitalar.

O Plano Operativo Anual (POA) é um termo entre Secretarias de Saúde e as instituições hospitalares. Os objetos de pactuação deste Plano Operativo contêm os compromissos assistenciais com os respectivos quantitativos, as metas gerenciais de qualidade da assistência e de educação permanente.

Considerando as atribuições da CIHDOTT conferidas pela legislação que a define como responsável pelo acompanhamento do processo, incluindo o paciente bem como seus familiares, visto que este acompanhamento garante melhora da qualidade da assistência e do acolhimento familiar, pontuando ainda a inegável relevância social de um transplante bem-sucedido, justifica-se condicionar a adequada atuação desta comissão à avaliação das instituições contratualizadas a estes programas.

Assim, as instituições hospitalares que aderiram ao HOSPSUS e/ou POA, têm seus índices, referente à CIHDOTT, monitorados pela Organização de Procura de Órgãos (OPO) conforme localização geográfica, de Curitiba, Cascavel, Lon-

drina e Maringá. de acordo com os critérios considerados para classificar uma comissão efetivamente atuante.

Quando se trata de avaliação da qualidade da assistência atrelada a programas que garantem repasses ou incentivos financeiros, torna-se imperativa a padronização da avaliação. Dispor de CIHDOTT atuante, de acordo com a Portaria GM/MS 04/2017, também faz parte dos critérios para a renovação da habilitação dos centros transplantadores.

Diante do exposto, foi desenvolvido o presente manual com a finalidade de integrar os critérios de avaliação de todas as comissões constituídas no estado do Paraná, visando à ampliação da doação e dos transplantes, conferindo maior transparência, igualdade e qualidade.

2. IMPLANTAÇÃO DA CIHDOTT

As comissões intra-hospitalares surgem da necessidade de descentralização, uma vez que as equipes que a compõem se encontram dentro das instituições notificantes, possibilitando uma identificação precoce dos pacientes em possível ME e o início do protocolo para diagnóstico, sendo assim proporcionam aumento no número de notificações, promovem o acolhimento familiar e potencializam as autorizações familiares para a doação.

Considerando os dispostos nas legislações vigentes referente ao processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, as quais determinam dentre outros, a obrigatoriedade da identificação de pacientes em possível morte encefálica, da realização do diagnóstico, da notificação compulsória dos casos a CET, da manutenção hemodinâmica do potencial doador, do direito da família a decidir sobre a possibilidade da doação, e, diante do fato de que este processo é inerente da rotina das unidades críticas, entendemos que as instituições hospitalares no estado do Paraná que possuam permanência de pacientes

graves em ventilação mecânica, devem instituir a CIHDOTT, para assim cumprir adequadamente todas as etapas deste processo e garantir o direito das famílias integralmente.

Em consonância com a legislação, os hospitais devem solicitar autorização de funcionamento da CIHDOTT a OPO de referência que deve informar a CET, a qual repassa a Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT). A solicitação deve ser acompanhada da constituição da comissão e certidão negativa de infração ética do órgão de classe do coordenador da comissão.

2.1 Composição da CIHDOTT

Conforme disposto no art. 15 da Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, a CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção do estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à Diretoria Médica da instituição e ser composta por, no mínimo 3 (três) membros integrantes de seu corpo funcional, sendo estes de nível superior, dos quais o coordenador deverá ser médico ou enfermeiro, preferencialmente que atue em unidades críticas.

A nomeação formal instituída pela direção da instituição, de acordo com a classificação da CIHDOTT conforme portaria, deve ser enviada para a OPO e atualizada sempre que houver alteração de membros.

A composição da comissão nos hospitais será definida em conjunto entre a direção responsável e a OPO de abrangência, sendo considerados os resultados e o perfil necessário para o desempenho da função. Preferencialmente compor a comissão por profissionais que possam conduzir o processo adequadamente em sua totalidade.

A direção deverá definir o regime de trabalho quanto à atuação na comissão, os membros devem compor escala para atender às 24 horas do dia, todos os dias do ano, pois o proces-

so deve ser acompanhado do início até sua finalização, sendo necessário o encaminhamento da escala do mês subsequente até o último dia do mês.

2.2 Classificação da CIHDOTT

Conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, em seu art. 14, a criação da CIHDOTT será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecidos a seguinte classificação:

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

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

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

Nos hospitais com CIHDOTT classificada como II ou III, o coordenador deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente a comissão. O coordenador da CIHDOTT tipo III deverá ser obrigatoriamente um profissional médico.

A CET e OPO de referência, após acompanhamento e análise do potencial de morte encefálica de cada instituição, poderão requerer a direção responsável, profissional enfermeiro exclusivo para a função.

A CIHDOTT dos hospitais que não se enquadram nos perfis descritos, será classificada pela OPO de referência.

2.3 Estrutura Física

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017 a direção do estabelecimento deverá prover área física definida e equipamentos adequados para o gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, e local adequado para profissionais e familiares dos potenciais doadores, para o pleno funcionamento da CIHDOTT.

A CIHDOTT deve contar no mínimo com:

» Sala para a comissão, contendo minimamente computador com acesso à internet, copiadora e scanner, celular com acesso à internet e aplicativo WhatsApp e armário com chave, necessários para o preenchimento e envio dos instrumentos gerenciais e notificações dos protocolos, intercomunicação durante o processo, gestão e arquivamento físico dos protocolos de ME;

» Ambiente destinado para o acolhimento das famílias, preferencialmente próximo as unidades críticas, podendo ser acoplado ou separado da sala da CIHDOTT, desde que haja espaço físico adequado reservado e provido de estrutura para todos se assentarem durante o acolhimento, comunica-

cação de má notícia e entrevista para possibilitar a doação de órgãos e tecidos para transplante.

2.4. Atribuições da CIHDOTT

A CIHDOTT tem como suas principais atribuições à organização do protocolo assistencial para o diagnóstico de ME, e, estabelecer as rotinas para o acolhimento dos familiares de pacientes falecidos tanto doadores como não doadores, sendo os facilitadores do processo desde a identificação da possível morte encefálica até a conclusão com a entrega do corpo para a família.

A CIHDOTT deverá publicar Regimento interno próprio e promover reuniões periódicas registradas em ata.

São atribuições da CIHDOTT:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;

VI. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;

VII. Manter o registro dos óbitos ocorridos em sua instituição;

VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX. Articular-se com o respectivo Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para, nos casos em que se aplique agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida à retirada dos órgãos;

X. Articular-se com a respectiva Organização de Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº 9.434, de 1997;

XII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimen-

to de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº 9.434, de 1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os formulários preconizados;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à OPO/CET, conforme os instrumentos gerenciais preconizados;

XVI. Nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CET das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se apliquem inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e

XIX. Registrar as informações para cada processo de doação,

conforme regulamento.

A CIHDOTT deve ainda realizar a operacionalização dos exames laboratoriais de triagem do potencial doador, coleta de material para hemocultura, urocultura, tipagem sanguínea, sorologia, antígeno leucocitário humano (HLA), e outros.

A comissão também é responsável por providenciar logística intra-hospitalar para o rápido desenvolvimento da remoção de órgãos, garantindo adequada coordenação de sala por membro da CIHDOTT ou por profissional indicado por esta, desde que devidamente capacitado.

O processo de doação deve ser acompanhado em sua totalidade pelos profissionais, sendo concluído com a entrega do corpo para os familiares.

Cabe também aos membros acompanhar o potencial de doação da instituição hospitalar, os indicadores de eficiência da CIHDOTT e de resultados do processo, promover a divulgação à direção e aos demais setores que colaboraram para a doação.

3. INDICADORES

Os indicadores de processo e resultado serão monitorados e utilizados como parte da avaliação do desempenho da comissão, auxiliando assim na orientação e definição de estratégias para as adequações necessárias.

Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades, são baseados no Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, são eles:

Número de óbitos da instituição, geral e de unidades com ventiladores mecânicos;

Potencial de Morte Encefálica da instituição;

Número de Mortes Encefálicas não notificadas - *escape ME;

Número de notificações de Morte Encefálica;

Taxa de contraindicações para doação em Morte Encefálica;

Número de doadores elegíveis em Morte Encefálica;

Taxa de recusa familiar para doação de órgãos;

Taxa de consentimento familiar para doação de órgãos em relação ao número de entrevistas;

Tempo médio do protocolo de morte encefálica e do processo de doação;

Taxa de paradas cardiorrespiratórias (PCR) irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;

Número de doações efetivas em Morte Encefálica;

Número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;

Taxa de consentimento familiar para doação de tecidos;

Taxa de recusa familiar para doação de tecidos;

Número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos, que não foram realizadas entrevistas - *escape PCR.

*ESCAPE ME: Pacientes com sinais clínicos de morte encefálica e ou com algum exame que indicava a ME, mas não houve a abertura do protocolo para diagnóstico.

*ESCAPE PCR: Pacientes que evoluíram com parada cardiorrespiratória irreversível, dentro da faixa etária preconizada para doação de tecidos, sem contraindicações médicas explicitadas em portaria, e, que não foram notificados e possibilitados a doação.

Mensalmente um técnico da OPO de referência acompanhado de um membro da CIHDOTT, analisa os prontuários, com a finalidade de identificar o potencial de morte encefálica de cada instituição, além de observar e registrar se houve escape de ME ou PCR.

A mensuração e o monitoramento dos indicadores serão realizados a partir dos instrumentos gerenciais, os quais são de preenchimento contínuo e obrigatório, sendo constantemente acompanhados pela OPO de referência de cada CIHDOTT.

4. INSTRUMENTOS GERENCIAIS

Atualmente o Estado do Paraná tem como uma de suas diretrizes profissionalizar e tornar as Comissões Intra-hospitalares efetivamente atuantes, a fim de proporcionar o aprimoramento no atendimento aos pacientes graves, melhorar o acolhimento aos familiares, aumentar identificação da ME e a conversão em doações, para assim beneficiar os cidadãos paranaenses que hoje aguardam na fila de espera por um órgão ou tecido.

Para tanto, foram desenvolvidos instrumentos gerenciais com a finalidade de registrar e acompanhar os indicadores para posterior avaliação. São eles:

- » Planilha de Busca Ativa;
- » Check List para acompanhamento do Diagnóstico

de Morte Encefálica e Processo de Doação;

» Check List para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos;

» Check List de Acolhimento e Entrevista Familiar;

» Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação;

» Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória;

» Registro de reuniões, capacitações e ações educativas.

Os instrumentos devem ser preenchidos integralmente, para o monitoramento e avaliação da comissão realizados pela OPO, além de possibilitar que a comissão tenha registro de seus indicadores de desempenho, resultados e atividades, os quais devem ser apresentados para a direção da instituição e utilizados como base para implementação de estratégias para aumentar a efetividade e eficácia de todo processo.

4.1. Planilha de Busca Ativa

A busca ativa corresponde à visita às unidades críticas realizada por enfermeiro ou médico, sendo estes membros da CIHDOTT ou profissional que atue nessas unidades, para a identificação de pacientes que apresentem sinais clínicos de morte encefálica. A busca deve ser realizada nos 3 (três) períodos do dia, todos os dias da semana, incluindo feriados, com avaliação neurológica efetiva, sendo que os pacientes com pontuação 3 na Escala de Coma de Glasgow, e os pacientes profundamente sedados (Rass -5 ou Ramsay 6), deverão ser acompanhados, devendo ficar registrado os resultados na Planilha de Busca Ativa, os horários em que foi realizada e o profissional responsável.

CHECKLIST PARA ACOMPANHAMENTO DO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E PROCESSO DE DOAÇÃO		
PRÉ-REQUISITOS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO <ul style="list-style-type: none"> Presença da lesão encefálica da causa conhecida, inesperada, capaz de causar a morte encefálica? Assência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica? Tratamento e observação hospitalar > 6 horas ou > 24 horas em encefalopatia hipoxico-isquêmica? Temperatura corporal > 33°C - Sal DO > 94% - P&S > 100mmHg ou P&M média > 65 mmHg ou pela faixa etária > 35 anos? Assência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bioquímicos neuromusculares? 		SM
APÓS REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DOS CLÍNICOS POSITIVOS PARA ME <ul style="list-style-type: none"> Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada 1ª exame clínico Preencher com todos os dados possíveis o formulário de Notificação de Potencial Doador de Morte Encefálica 1ª e 2ª paginas enviar a OPO/CET Providenciar a coleta dos exames laboratoriais preconizados para a avaliação do potencial doador. (Tigrenes sanguíneos, hemograma completo, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, CPK, CHOL, amilase, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, Bilirrubina total e direta, lipase, lactato, PCR (proteína C reativa), gaseometria arterial, parcial de urina, oz amostras de hemocultura, urocultura e cultura de aspirado traqueal) inserir os laudos a OPO/CET Preencher a grade de exames com os resultados laboratoriais atualizados e enviar à OPO/CET Iniciar o check list para manutenção do potencial doador de órgãos Preencher o formulário do cálculo de hemodiálise para triagem sanguínea e enviar à OPO/CET Realizar a coleta das amostras sanguíneas para triagem sorológica e HLA (anexo de compatibilidade) e enviar ao encaminhamento das mesmas aos laboratórios Enviar a prescrição médica das ilmes 24 horas que antecedem a abertura do protocolo de ME Realizar o exame físico minucioso no potencial doador e medir a circunferência torácica na altura dos mamilos (para potenciais doadores de pulmão) preencher no formulário específico e enviar a OPO/CET Solicitar ECG (sublingual e ecocardiograma/calcelemico (quando possível) para os potenciais doadores de coração e enviar à OPO/CET Solicitar USG abdominal (quando possível) principalmente para os pacientes com BAC > 30, vômito crônico e trauma abdominal e enviar à OPO/CET Solicitar rax X de tórax e enviar as imagens e/ou laudo à OPO/CET Enviar os laudos do exame que compõem a lesão neurológica (tomc, RMN, etc) Agendar o exame complementar adequado e disponível (urtrografia, cistografia, doppler transcraniano, EEG) Acionar a família e iniciar o check list de acolhimento e entrevista familiar 		
APÓS TESTE DE APNEIA POSITIVO PARA ME <ul style="list-style-type: none"> Conferir resultado das gaseometrias pré e pós teste no pós teste PCR > 50mmHg Verificar o preenchimento dos dados do teste de apneia no TDME Enviar os laudos das gaseometrias pré e pós teste à OPO/CET 		
APÓS SEGUNDA ETAPA DOS EXAMES CLÍNICOS POSITIVOS PARA ME <ul style="list-style-type: none"> Atentar para o intervalo mínimo entre os exames clínicos de acordo com a faixa etária do potencial doador Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada 2ª exame clínico 		
APÓS O EXAME COMPLEMENTAR POSITIVO PARA ME <ul style="list-style-type: none"> Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada (ex complementar) e/ou apenas o resultado do exame positivo para ME Enviar o laudo descritivo do exame complementar à OPO/CET Caso tenha sido realizada a repetição do exame complementar, os laudos deverão ser enviados à OPO/CET 		SIM
APÓS A CONCLUSÃO DO DIAGNÓSTICO DE ME <ul style="list-style-type: none"> Comunicar a família sobre o diagnóstico positivo de morte encefálica total Verificar com a OPO/CET as informações legais para realizar a entrevista familiar Realizar a entrevista familiar para doação de órgãos/tecidos Preencher a grade de exames com os resultados laboratoriais atualizados e enviar à OPO/CET Enviar a OPO/CET o TDME com todos os campos preenchidos, sem rasuras e legíveis. Junto ao TDME certificar o envio do laudo das gaseometrias do teste de apneia e o laudo do exame complementar positivo para ME 		
APÓS ENTREVISTA FAMILIAR <p>DOAÇÃO AUTORIZADA</p> <ul style="list-style-type: none"> Preencher o Termo de Autorização Familiar para remoção de Órgãos/Tecidos latente para todos os dados do responsável pela autorização e dias (2 testemunhas) Preencher o formulário da história médica e social do doador. Para menores de 5 anos de idade enviar cópia da carteira de vacinação Providenciar cópia legível dos documentos de identificação do doador, responsável pela autorização e dos 02 testemunhas Comunicar de imediato a doação à OPO/CET e enviar os documentos dos itens 1, 2 e 3 Se doador de pulmão providenciar a coleta da gaseometria para avaliação, quando o ventilador mecânico com os parâmetros: PEEP=8cm H₂O, Volume corrente 6 a 8 ml/kg (Tmco ideal), FR=14, FiO₂ 100% e enviar o laudo à OPO/CET Providenciar cópia de documentação referente ao processo de doação para os equipes transplantadoras/banco de tecidos (TDME, Termo de Autorização Familiar e cópias dos documentos de identificação, laudo da anamnese, laudo da triagem sanguínea) Posteriormente verificar com a OPO/CET o horário previsto para captação para ser agendado o centro cirúrgico <p>RECUSA FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar o relatório de entrevista familiar para justificar a negativa (formulário específico da notificação) e enviar à OPO/CET <p>IMPORTANTE: Nos casos em que a doação não for viável, por qualquer motivo, seja por recusa familiar ou contraindicação, será suspenso o suporte terapêutico e o corpo será entregue aos familiares ou para a instituição responsável pela necropsia (IML) nos casos em que se aplicam, conforme disposto no artigo 3º do Decreto nº 2026/2007</p> <p>Enviar ao IML toda documentação referente ao processo de diagnóstico de ME e da autorização familiar, bem como o relatório de retirada de órgãos e tecidos no caso de doação efetiva.</p>		
APÓS A CIRURGIJA DE REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS <ul style="list-style-type: none"> Conferir e auxiliar no preenchimento correto de relatório de retirada de órgãos e tecidos e enviar para OPO/CET Conferir e auxiliar no armazenamento dos órgãos e tecidos Auxiliar a adequada reconexão do corpo para posterior entrega à família ou encaminhamento ao IML <p>IMPORTANTE: A documentação de todo o processo de notificação, diagnóstico de ME, autorização familiar e remoção dos órgãos e tecidos, obrigatoriamente deverão ser enviados à OPO/CET e arquivados junto ao prontuário hospitalar do paciente obedecendo aos preceitos legais.</p>		

Este instrumento deve ser anexado no prontuário com a documentação do protocolo, e será conferido a cada processo pelo técnico da OPO.

4.3. Checklist para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos

Este instrumento de execução obrigatória, objetiva instituir as medidas de manutenção hemodinâmica, endócrino/metabólicas, ventilatória e de prevenção e controle de infecção, com a finalidade de que a viabilidade e a perfusão dos órgãos vitais sejam preservadas. Tais cuidados devem ser realizados pelo médico e continuados durante todo o processo para evitar a perda de doadores por PCR irreversível e favorecer a preservação dos órgãos destinados ao transplante.

CHECKLIST PARA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS			
NO MOMENTO DA SUSPEITA DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO AVALIANDO	HE TA	SIM	NÃO
1. Suspensão de anticoagulantes orais e intravenosos, reagentes e medicamentos	Avaliar de acordo com:		
2. Prevenção de hipotermia - aquecimento do ambiente - cobrir partes desnudas - infusão de líquidos aquecidos	T = 36 °C		
3. Controle de glicemia - evitar hipoglicemia em bombas de infusão se não medidas preventivas a 100 mg/dL	Glicemia > 100 mg/dL		
4. Controle de diurese - se atingir maior volume de cristaloide para estabelecer o volume - avaliar a necessidade de suspensão ou descontinuação	Diurese < 4 mL/kg/h		
5. Correção de distúrbios hidroeletrólitos - em caso de hiponatremia, evitar a infusão de SGL de solução salina 0,9% para taxa de correção máxima de 8-12 mEq/L/dia	Na+ > 130 mEq/L Ca2+ > 1,0 mmol/L SO42- > 0,5 mmol/L		
6. Início ou manutenção da dieta enteral, exceto instabilidade hemodinâmica grave	≥ 20 kcal/kg/dia		
7. Prevenção de úlceras com gaze úmida			
NO MOMENTO DA ABERTURA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO AVALIANDO	HE TA	SIM	NÃO
8. Manutenção das medicações 1/2 dose/fluxo normal			
9. Confirmação laboratorial completa (grupos de exames de formulação de substituição + sangue sorológico + 2 amostras periódicas de formulação + enzimas)			
10. Compensação hemodinâmica Caudal não alterado - manter infusão de cristaloide 20-30 mL/kg - se ocorrer queda arterial, evitar a parada arterial intencional - evitar drogas vasoconstritoras - garantir monitoria contínua de saturação, oximetria e capnometria 6 ou 10 L/h	MAP > 65 mmHg MAP > 60 mmHg		
11. Manter ventilação mecânica protetora	VC 2-3 mL/kg PEEP 8-10 cmH2O		
12. Início de lavotriagem	300 mL/kg/dia		
13. Início de medicação profilática - orientar para potenciais efeitos de parâmetros	10 mg/kg/dia		
ANTES DA ÚLTIMA ETAPA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO AVALIANDO	HE TA	SIM	NÃO
Avaliar a distância das medicações	PaO2 > 60 mmHg		
	Ventilação Mec. protetora		
	Diurese de 2 a 4 mL/kg/h		
	Glicemia > 100 mg/dL		
	Dieta enteral		
	Na+ > 130 mEq/L		
	Prevenção de lesões de pele		
	Prevenção de lesões de pele Cinturas úmidas e protetoras		

Este instrumento deve ser anexado no prontuário com a documentação do protocolo, para a conferência da OPO.

4.4. Checklist de Acolhimento e Entrevista Familiar

O acolhimento familiar deve ser iniciado precocemente para famílias de pacientes graves com possibilidade de evolução para ME, haja vista a complexidade e dificuldade da compreensão do diagnóstico. O acolhimento, a comunicação da morte e a entrevista familiar para a doação, devem seguir as orientações apresentadas no check list, com a finalidade de garantir um atendimento humanizado, permeado pela comunicação adequada durante todo o processo com o repasse total das informações e esclarecimentos para as famílias, até o momento da liberação do corpo, mesmo se tratando de não doadores.

 CHECKLIST DE ACOLHIMENTO E ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO 	
Planejar todo o Processo com a OPO e a Equipe da Unidade	
Organizar a visita dos familiares de 1º e 2º grau e ou responsável legal para informar o estado clínico, providenciar local adequado, organizar a equipe, buscar a família na recepção	
Apresentar a equipe, a família se apresenta, identificar a estrutura familiar () casado () divorciado () viúvo () único estável () solteiro () cônjuge () mãe () pai () filhos nº ____ () irmãs nº ____ () netos nº ____ () outros ____	
Solicitar que portem documento de identificação, acompanhar o médico comunicar a abertura do processo de morte encefálica, não mencionar nada sobre doação, elucidar todas as etapas do diagnóstico e oferecer a possibilidade da presença de um médico indicado pela família	
Identificar conflitos familiares, realizar escuta ativa com empatia, reagendar novo encontro	
Médico comunica resultado de cada etapa do exame, evitar termos técnicos, clarificar informações, incentivar que a família faça perguntas, permitir que expressem seus sentimentos	
Confirmar para a OPO a conclusão do diagnóstico com o envio do TME completo, ajustar com o médico que não faz em doação, organizar um ambiente reservado, ventilado, com espaço para acomodar todos os familiares e equipe sentados, ter disponível água e lenços de papel	
Comunicar a morte, verificar o entendimento, respeitar o silêncio, identificar as fases do luto, estabelecer relação de ajuda nas necessidades apresentadas, propiciar tempo para acolhida	
Oportunizar a visita no local, esclarecer sobre declaração de óbito, tratar sobre os trâmites funerários, esclarecer sobre o Instituto Médico Legal (IML) se morte violenta	
Possibilitar a doação de órgãos e tecidos somente após ter certeza que assimilaram a morte, fornecer todas as informações e permitir a livre decisão familiar após todos os esclarecimentos	
Fomentar a reflexão, explicar os procedimentos, todas as etapas e tempos do processo	
Elucidar as dúvidas, incentivar a família a verbalizar, se houver negação perguntar o motivo para argumentar com informações pertinentes, proporcionar tempo e privacidade se desejarem	
Doação: preencher autorização familiar, coletar assinaturas do responsável e testemunhas, fotocopiar documento com foto do doador e autorizante, realizar questionário história médica	
Recusa: Preencher relatório da entrevista e liberar o corpo para família (funerária/IML)	
Nome do paciente: _____	
Nome do profissional responsável: _____	
Assinatura do profissional responsável: _____	

O check list deve ser arquivado com o restante da documentação do processo e será conferido pela OPO de referência.

4.5. Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação

O relatório de óbito e monitoramento do processo é obrigatório e deve ser preenchido na sua totalidade, este instrumento é a base para gerar grande parte dos dados e indicadores de resultados do processo e desempenho, permitindo que a CIHDOTT acompanhe seus números e intervenha imediatamente quando houver inadequações.



HOSPITAL:



RELATORIO DE ÓBITO - CHDOTT																
Nº	PRONTUÁRIO	DATA INTERNÇÃO	DATA ÓBITO	NOME DO PACIENTE	GÊNERO	IDADE	DIAS MÉS ANOS	SETOR	CAUSA ÓBITO 1	CAUSA ÓBITO 2	CAUSA ÓBITO 3	CAUSA ÓBITO 4	TIPO DE ÓBITO	COD. CONTRA INDICAÇÃO CLÍNICA	PROBLEMA LOGÍSTICO/ ESTRUTURAL	STATUS

MONITORAMENTO DO PROTOCOLO												
DATA E HORA 1º EXAME CLÍNICO	DATA E HORA DO EXAME CONFIRMATORIO	TEMPO DE FECHAMENTO DE PROTOCOLO	ME CONFIRMADA (S/N)	ENTREVISTA FAMILIAR (S/N)	DATA E HORA DA ENTREVISTA	FAMILIAR QUE FOI ENTREVISTADO	NOME ENTREVISTADOR	FAMILIA ACETOU DOAÇÃO (S/N)	COD. CAUSA RECUISA FAMILIAR	EFETIVOU DOAÇÃO (S/N)	HORA INÍCIO CAPTAÇÃO	INCISÃO CIRURGICA MO.

CAPTAÇÃO									
GLOBO OCULAR	CORNEAS	VALVAS	RINS	CORACAO	FIGADO	PANCREAS	OSSOS	PULMAO	PELE

FINALIZAÇÃO			
HORA CORPO FAMILIAR	OBSERVAÇÕES	DOADOR DE MÚLTIPLOS ORGÃOS	DOADOR DE TECIDOS ISOLADOS

PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES EM MORTE ENCEFALICA - ANO DE 2018																												
HOSP1																												
INDICADOR	META %	MÉS 01		MÉS 02		MÉS 03		MÉS 04		MÉS 05		MÉS 06		MÉS 07		MÉS 08		MÉS 09		MÉS 10		MÉS 11		MÉS 12				
		nº	%																									
TOTAL GERAL ÓBITOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ÓBITOS EM M.E.	Nº de óbitos ocorridos em UTIs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Nº de notificações esperadas de M.E. sobre o total de óbitos ocorridos em UTIs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% notificações de M.E.	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% de óbitos Contra indicados para doação M.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% de pdes em protocolo de M.E. que evoluíram p/ PCR durante o processo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	% de óbitos viáveis para doação M.E.	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	% entrevista familiar dos óbitos viáveis por M.E.	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Taxa de conversão de M.E viáveis que resultaram em doações de M.O.	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Taxa de conversão de M.E viáveis que resultaram em doações de tecidos (isolados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Doadores Efetivos (Houra Incisão)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% de pdes em protocolo de M.E. que evoluíram p/ PCR durante o processo que resultaram em doações de tecidos (isolados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES EM PARADA CARDIORRESPIRATORIA - ANO DE 2018																														
HOSP1																														
INDICADOR	META %	MÊS 01		MÊS 02		MÊS 03		MÊS 04		MÊS 05		MÊS 06		MÊS 07		MÊS 08		MÊS 09		MÊS 10		MÊS 11		MÊS 12		TOTAL ANUAL				
		nº	%	nº	%																									
TOTAL GERAL ÓBITOS		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
OBJETIVO 01 - PCR	Percentual de óbitos em PCR	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	
	% óbitos inviáveis para doação em PCR	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	
	% óbitos viáveis p/ doação em PCR	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	
	% familiar não entrevistados nos óbitos viáveis por PCR	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%	
	% de entrevista familiar dos óbitos por PCR	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100
	Taxa de conversão dos viáveis entrevistados em PCR	30	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100
	Taxa de Recusa Familiar	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	
	% de Doações sem Captações	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	
% de Viáveis Não Entrevistados por Problemas Logísticos	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100		

A OPO avalia mensalmente este instrumento, e, inclusive seleciona a partir do mesmo os prontuários necessários para análise.

4.6. Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória

Os óbitos por parada cardiorrespiratória ocorridos na instituição devem ser avaliados em tempo real quanto a possibilidade de doação de tecidos, portanto este instrumento deve ser preenchido a cada morte, para garantir se houve ou não validação e entrevista para doação.

hospitalar deve ser sensibilizada e esclarecida sobre o processo de doação, para tanto, ações educativas devem ser promovidas mensalmente e igualmente registradas.



Sistema Estadual de Transplantes do Paraná

REUNIÕES/CURSOS



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

DATA:		
PERÍODO:		
HOSPITAL:		
REUNIÃO:		
CURSO:		
INSTRUTORES:		
Nº DE VAGAS:		
Nº DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS:		
CATEGORIA PROFISSIONAL:		

DURAÇÃO:

TIPO

TÉCNICO/PRÁTICO

PARTICIPANTES	Nº DE VAGAS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

O instrumento deve ser arquivado para a apreciação da OPO nas avaliações mensais de atuação e desempenho da comissão.

5. METAS DA CIHDOTT



Enviar diariamente, até as 10h, a planilha de busca ativa para o e-mail da OPO de referência.

Preencher e encaminhar até o dia 03 (três) de cada mês o Relatório de Óbitos e Monitoramento do Processo de Doação para o e-mail da OPO de referência.



Promover a Identificação de 100% dos pacientes em provável ME, possibilitar o protocolo para diagnóstico e sua devida notificação, devendo a CIHDOTT, estar presente em todas as etapas, conduzindo dentro dos estritos parâmetros éticos e legais

Comunicar a OPO de referência em casos suspeitos de ME assim que houver suspensão da sedação, para o planejamento do diagnóstico e acolhimento da família



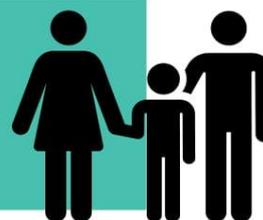
Garantir a manutenção hemodinâmica do paciente submetido ao diagnóstico de ME, apresentando taxa máxima de 7% de parada cardiorrespiratória irreversível durante o processo, sendo inaceitável a ocorrência de parada cardiorrespiratória sem a instalação de medidas de manutenção

Enviar a documentação referente à notificação em no máximo 1 (uma) hora após a realização da primeira etapa do diagnóstico



Executar o protocolo de ME no máximo em 12 (doze) horas para pacientes acima de 2 (dois) anos. Para as demais faixas etárias, estas devem seguir ao preconizado pela Resolução do CFM 2.173 de 15 de novembro de 2017, concluindo no menor tempo possível

Acolher a familiar durante todo o processo, abrangendo até a liberação do corpo, mesmo se tratando de não doadores



Entrevistar as famílias de 100% dos doadores elegíveis (validados pelo plantão médico da CET), para possibilitar a doação de órgãos para transplante

Obter no mínimo 65% de consentimento familiar para doação de órgãos nos casos de ME submetidos à entrevista



Suspender o suporte vital do potencial doador elegível somente após informar a OPO de referência sobre o resultado final da entrevista familiar, quando não há possibilidade de reversão da decisão

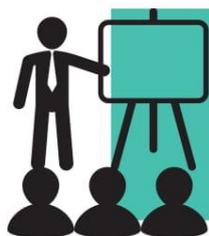
Identificar, avaliar e notificar 100% dos óbitos por parada cardiorrespiratória com vistas à doação de tecidos



Entrevistar 100% das famílias dos doadores elegíveis de parada cardiorrespiratória para a possibilidade de doação de tecidos para transplante

Obter no mínimo 50% de consentimento familiar para doação de tecidos nos casos de submetidos à entrevista





Realizar mensalmente reunião, capacitação e ações educativas e de sensibilização para a comunidade hospitalar

CONCLUSÃO

O processo de avaliação da atuação da CIHDOTT está em consonância com a legislação vigente, portanto é válido e aplicado para todas as comissões do estado do Paraná.

As comissões que cumprirem com as metas serão consideradas atuantes nas avaliações, vão pontuar nos programas de repasse financeiro do Governo do Estado e, nos casos em que se aplica, não vão comprometer o credenciamento de transplante da instituição.

A CIHDOTT que cumprir parcialmente os requisitos terá sua avaliação condicionada ao parecer técnico da coordenação geral do Sistema Estadual de Transplantes, que avaliará cada caso de maneira individual, baseado na média histórica e situações pontuais ocorridas.

A instituição que não cumprir as metas, terá sua CIHDOTT considerada não atuante, sendo notificada pela OPO de referência, contemplando as adequações necessárias e prazos, que se não forem cumpridos comprometerá a avaliação do mês seguinte, sendo penalizada com a não pontuação nos programas de repasse, os credenciamentos serão afetados e a instituição poderá ser notificada por não garantir o direito das famílias ao diagnóstico e a possibilidade a decisão da doação previstos em lei.

