

**IX MASTER ALIANZA EN DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS,
TEJIDOS Y CÉLULAS
EDICION 2013**

TESINA

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE CENTRAL ESTATUAL
DE TRANSPLANTE NO ESTADO DE RORAIMA
BASEADO NO MODELO ESPANHOL DE
TRANSPLANTE E BENCHMARKING**

AUTOR:
Dr. Douglas Henrique Teixeira

TUTOR:
Dr. Fernando Martinez Soba

Março 2013

I - INTRODUÇÃO

Os Transplantes de órgãos sólidos tem se firmado nas últimas décadas, após o avanço dos imunossuppressores, como a melhor alternativa de tratamento para pacientes com doenças crônicas. Apresentando melhor qualidade de vida e menor custo econômico após o 2º ano pós transplante.

Neste contexto, o Brasil, país com maior território e população que pertence ao Conselho Ibero-americano de Doação e Transplantes tem encarado este desafio possuindo o maior programa público, do mundo, em doação e transplante de órgãos e tecidos.

O Brasil é composto por 27 estados, em seus **8.515.692,272 km²** (16X Espanha), onde se distribui de maneira heterogênea seus mais de 192 milhões de habitantes (4X maior que a Espanha). Possui uma densidade demográfica de 22,4 hab./km², com renda per capita de US\$ 12.492,91¹ e IDH 0,816.

Em relação a atividade de Transplantes, o Brasil conseguiu evoluir de maneira significativa, com incremento de 53,4% nos últimos 5 anos chegando a 38 transplantes pmp (por milhão de população).²

Porém este crescimento não tem se dado de maneira uniforme, uma vez que enquanto o Estado do Rio Grande do Sul consegue cifras de 51,2 transplantes pmp, ainda existem 5 (cinco) estados brasileiros que não registraram nem sequer um transplante no ano de 2012 e outros 3 (três) que não demonstraram nenhum doador.²

Dentre os estados que não tiveram transplantes ou doadores, encontra-se Roraima, estado brasileiro mais setentrional do país, com a menor densidade demográfica (2,09 hab./km²) e menor população (469.524 hab.),

dispondo de uma renda per capita de US\$ 6.990,54 e IDH 0,750¹, tendo mais de 95% desta população, usuária exclusiva do sistema público de saúde.¹

Dentre os 27 estados brasileiros, Roraima é o único estado em que a Central Estadual de Transplantes, ainda está sendo criada, o que nos permite afirmar que diferente de todos os demais estados, a ausência de doadores não se explica pela ineficiência de um sistema de transplante, mas sim pela sua inexistência.

Diante do momento vivenciado por Roraima no ano de 2012, onde a vontade política, social e assistencial convergem para o início dos trabalhos de doação e transplantes, propomos neste estudo um projeto de criação de um sistema estadual de transplantes seguindo o "Modelo Espanhol". A Espanha permanece na liderança mundial em número de doadores pmp (por milhão de população) há 17 anos, provando ter criado o modelo mais adequado para combater o principal fator limitante desta terapia: A AUSÊNCIA DE DOADORES.

II - MATERIAIS E MÉTODOS

A atividade de transplantes é talvez a mais complexa das terapias, pois não depende apenas de fatores técnicos e econômicos, também possui relação estreita com aspectos sociais e culturais. Mesmo assim, ter índices ótimos nestes quesitos não é garantia de um eficiente sistema de transplante.

Desta maneira iniciaremos com um breve relato dos principais indicadores socioeconômicos do Brasil e de Roraima que influenciam na atividade de doação e transplante de órgãos.

Depois analisaremos a posição do Brasil no cenário mundial de transplantes, bem como a situação dos estados neste contexto.

A seguir, uma vez que em Roraima inexistente qualquer registro ou notificação de possíveis doadores, com ajuda dos métodos utilizados no "Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación"⁴ da ONT, vamos avaliar o potencial de doação e extração de órgãos, de Roraima.

Por fim será proposto um projeto de criação do sistema de transplante do Estado de Roraima, fundamentado no "Modelo Espanhol" através do "Guía de Buenas Praticas en el proceso de Doación de Órganos",⁵ que foi formulado segundo Benchmarking, e principalmente guiado pela experiência vivida durante o estágio prático realizado nos meses de Fev-Abr/2013 no Hospital São Pedro (Logroño-La Rioja - España), que há anos mantém uma taxa de doação acima de 40 doadores pmp e onde se conseguiu a extraordinária taxa de 74,2 doadores pmp em 2007, maior taxa já registrada em todo o mundo.

III - RESULTADOS

A - Considerações Geográfica e Socioeconômicas do Brasil.

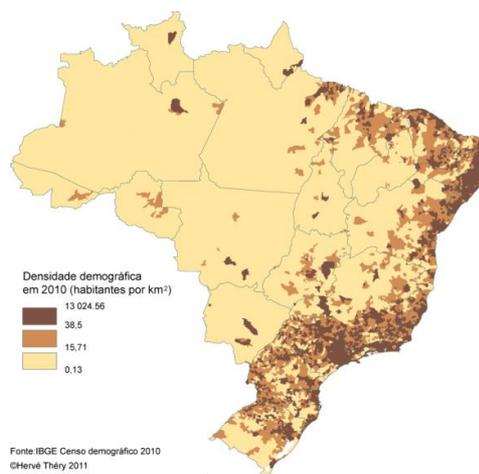
O Brasil possui posição geográfica privilegiada na América do Sul com uma costa banhada pelo Oceano Atlântico, possuindo fronteira com todos os países da América do Sul, exceto Chile e Equador(fig. 1).

É o maior país em território e população da América Latina e o 5º maior do mundo nestes dois quesitos, com seus mais de 8 milhões de Km², com um clima predominantemente tropical, onde abriga a maior parte da Floresta Amazônica que possui imensa biodiversidade. Sua densidade demográfica é

de 22,4 hab./km², porém muito mal distribuídos, com concentração relevante no litoral e sul do país.⁶



Fig. 01 - Mapa Político - Brasil



Fonte IBGE Censo demográfico 2010
 ©Hervé Théry 2011
 Feito com Phlcarto * 28/07/2011* <http://phlcarto.free>
 Fig. 02 Mapa densidade demográfica Brasil

Apesar da velocidade em que a população do Brasil vem envelhecendo, o Brasil ainda apresenta características de país jovem com uma base populacional mais larga e com 92,6% da população com menos de 65 anos.¹

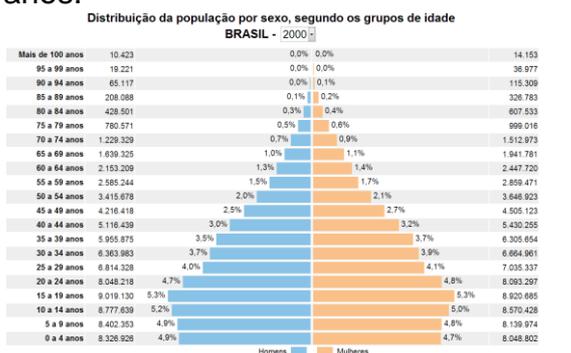


Fig. 03 - Pirâmide Etária do Brasil - Censo 2000

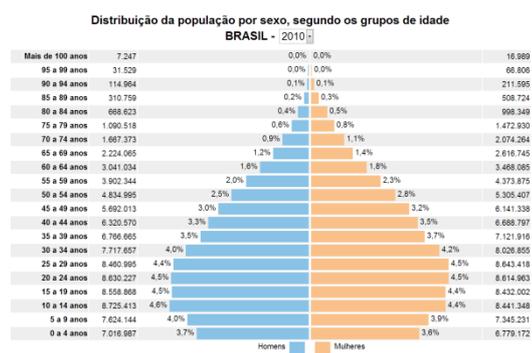
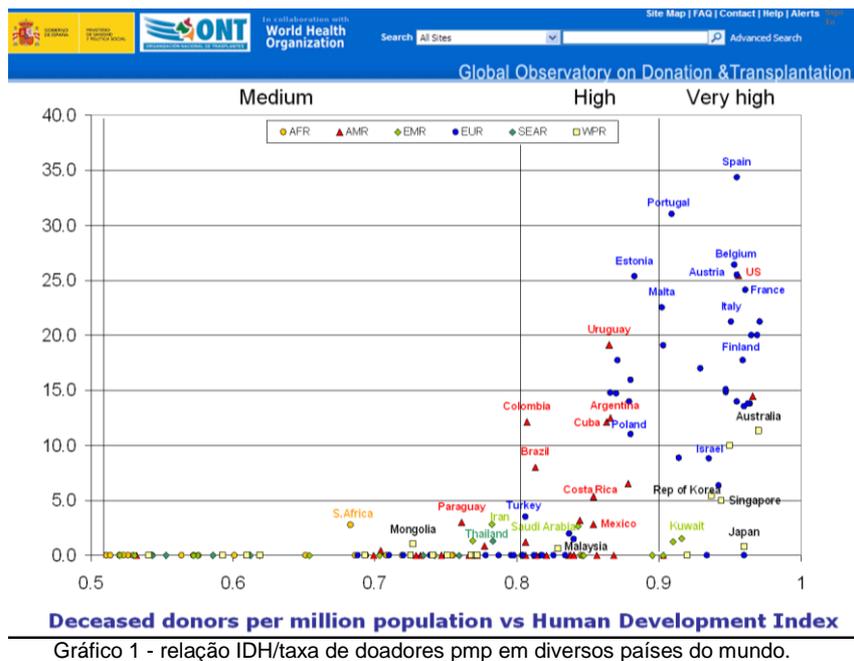


Fig. 04 Pirâmide Etária Brasil - Censo 2010

O Brasil tem sido alocado no grupo de superpotências emergentes, mas ainda é um país com grandes diferenças socioeconômicas, possui um IDH considerado elevado, maior que 0,8 em 2008, com maior desenvolvimento no sul e sudeste. Porém como demonstrado no gráfico 1, ter um IDH elevado não é garantia de um sistema de transplante eficaz.³

A assistência a saúde é garantida por meio do SUS (Sistema Único de Saúde) que é gratuita, integral e universal.



A saúde complementar, (privada) possui relevância diferente nos vários estados brasileiros sendo que no Brasil a média dos que possui plano de saúde é de 25,1%.⁵

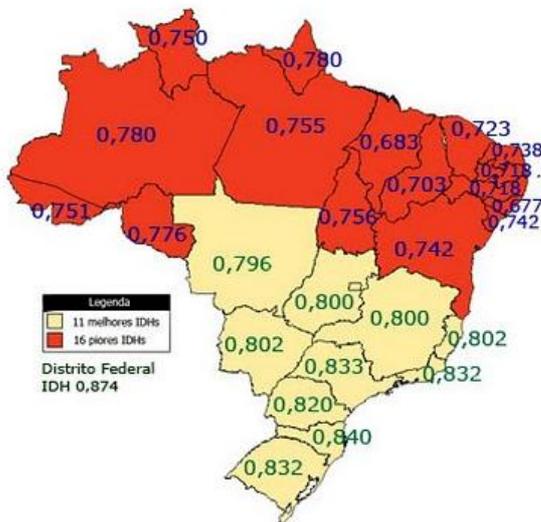


Fig. 5 - IDH por Estado da Federação (2005)

Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - setembro/2012)



Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - ANS/MS - 09/2012 e População - IBGE/2012

Fig. 6 -Taxa de cobertura dos planos de saúde

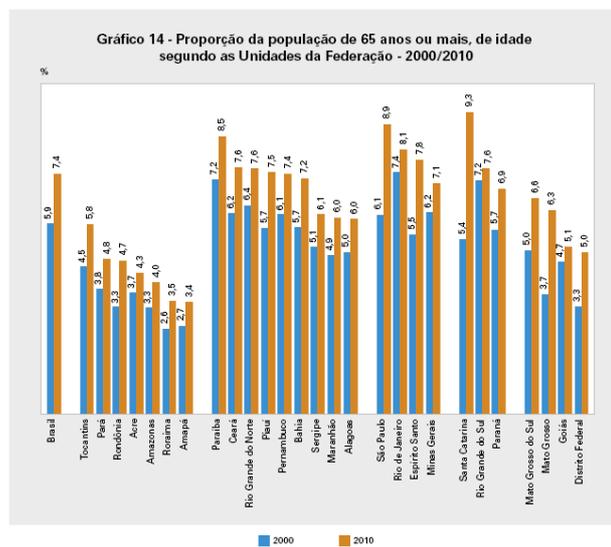
B - Considerações Geográfica e Socioeconômicas de Roraima.

Roraima é o estado mais ao norte do Brasil, não está banhado por mar e apresenta fronteira com a Venezuela e com a Guiana Inglesa. É o estado com a menor população do país, com 469.524 habitantes de acordo com o censo de 2010. Possui uma densidade demográfica muito baixa, 2,01 hab./km², agravada pela concentração da população na capital Boa Vista, que abriga 60,55% da população de Roraima.

Segundo a tendência nacional, a população de Roraima tem envelhecido mas permanece predominantemente jovem, tendo expectativa de vida ao nascer de 70,3 anos, e IDH 0,750 um pouco abaixo da média nacional.



Fig. 7 - Posição Geográfica Roraima



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000/2010.

Gráfico 2 - Porcentagem da População com mais 65a

Apenas 4% da população roraimense dispõe de plano de saúde, isto é, 96% da população utiliza exclusivamente o sistema público de saúde. (Fig. 6)

A estrutura de saúde de média e alta complexidade, do estado está sobrecarregada, já atenção básica em saúde é insuficiente. A estrutura de atendimento secundário e terciário, é de um Hospital Geral (referencia para adultos) com mais de 300 leitos (20 de UTI), uma Maternidade com 160 leitos (15 de UTI Neonatal) e um Hospital Infantil com cerca de 100 leitos (6 de UTI).

C - Atividade de Transplante no Brasil e em Roraima

A história dos transplantes no Brasil começa em 1964 com o transplante renal. Já nos anos 80 com o advento dos imunossupressores a atividade de transplante no Brasil começou a se desenvolver, tendo hoje caráter de destaque mundial por ser o maior sistema de transplante público do mundo.

A Regulamentação dos transplantes no Brasil passou por várias fases desde 1964, todas de maneira descentralizadas e isoladas, até que em 1988 a venda de órgãos foi proibida pela Constituição Nacional e em 1992 foi regulamentado nacionalmente a doação e transplante de órgãos.

O grande avanço porém, ocorreu a partir de 1998 com a nova legislação de transplante e a criação do SNT (Sistema Nacional de Transplantes), oficializando a responsabilidade do Governo Federal na condução do processo de doação, captação, distribuição e transplante de órgãos em todo país.

Em 2005 foi regulamentada pela portaria 1.752/2005 a criação das chamadas **CIHDOTT** - Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, obrigatória em todas as unidades hospitalares do Brasil com mais de 80 leitos, com características e atribuições muito semelhantes a Coordenação Hospitalar de Transplantes do Modelo Espanhol.

O Brasil tem realizado programas de cooperação científica com Espanha na área de transplantes e o "Modelo Espanhol" que é reconhecido por ser a opção mais eficiente para avançar no processo de doação e transplante.

Entre 2006 - 2007 o Brasil presenciou uma queda nas taxas de doação atingindo o nível de 5,4 doadores pmp em 06/2007. Neste ano, realizou-se um planejamento global com a definição de novas estratégias focadas nas CIHDOTT criadas em 2005.

Também se contemplou uma melhor política de treinamento, investimento e definição de remuneração para hospitais do sistema.

Fixou-se metas realistas de 13 doadores pmp para 12/2014 e 20 doadores pmp para 12/2017. Essa ações fizeram com que o Brasil terminasse o ano de 2012 com uma taxa de 12,6 doadores pmp, um aumento de **133,33%** em apenas 5 anos.²

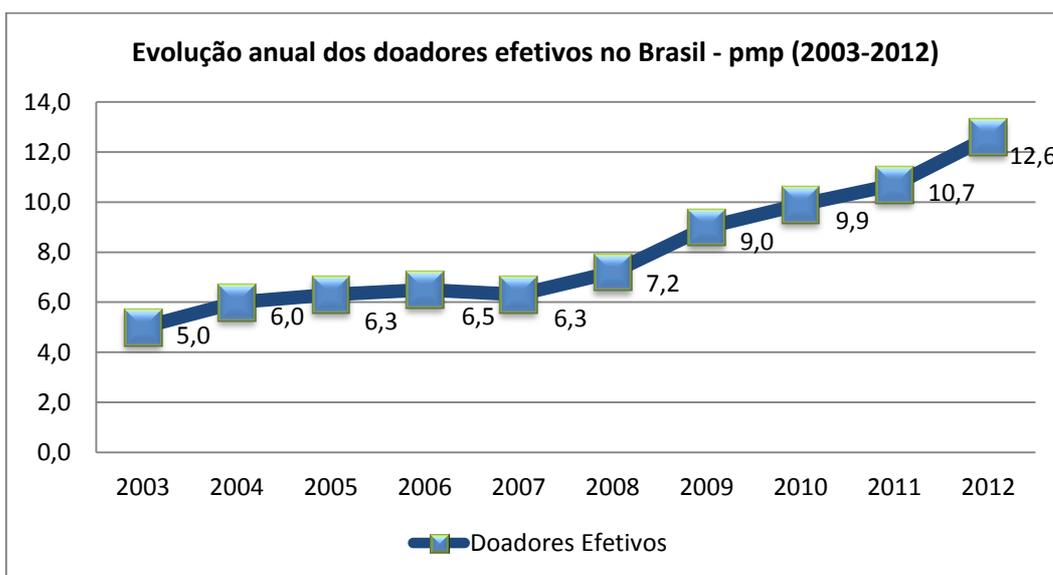


Gráfico 3 - Evolução Doadores no Brasil 2003 - 2012

Conseqüentemente o número de transplantes também evoluiu.

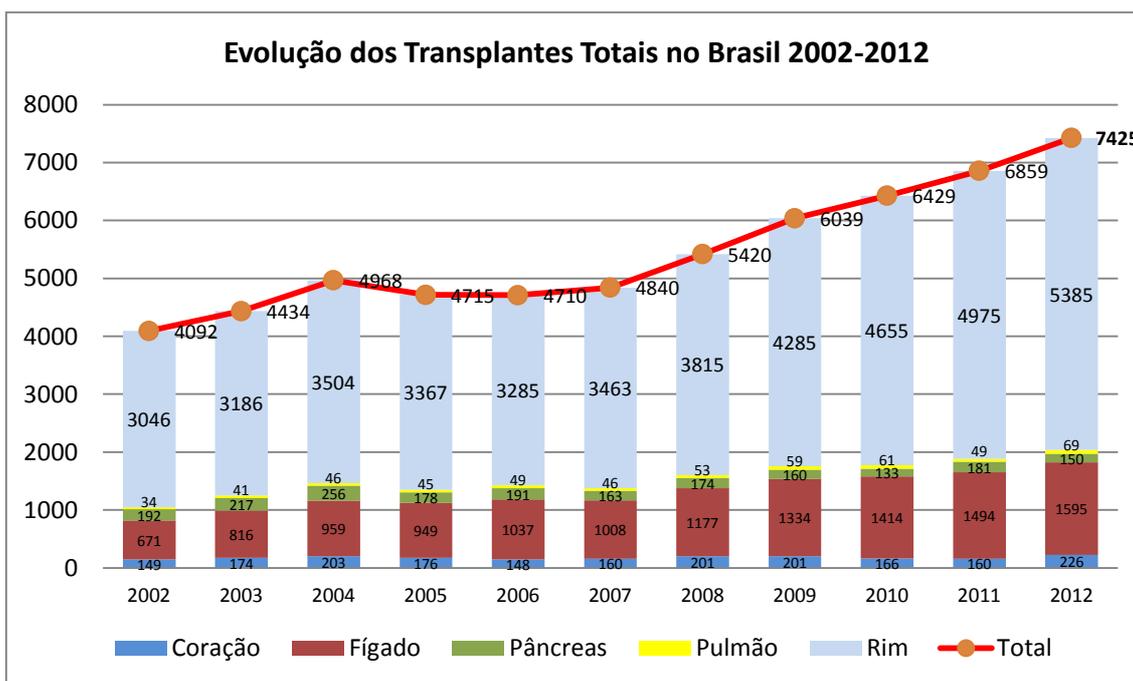


Gráfico 4 - Evolução dos Transplantes no Brasil 2002-2012. (RBT - 2012)

Se inverteu a relação de transplantes vivos/falecido, hoje a maioria dos órgãos para transplantes provém de pacientes falecidos, sendo observado um declínio no número de transplantes entre vivos.

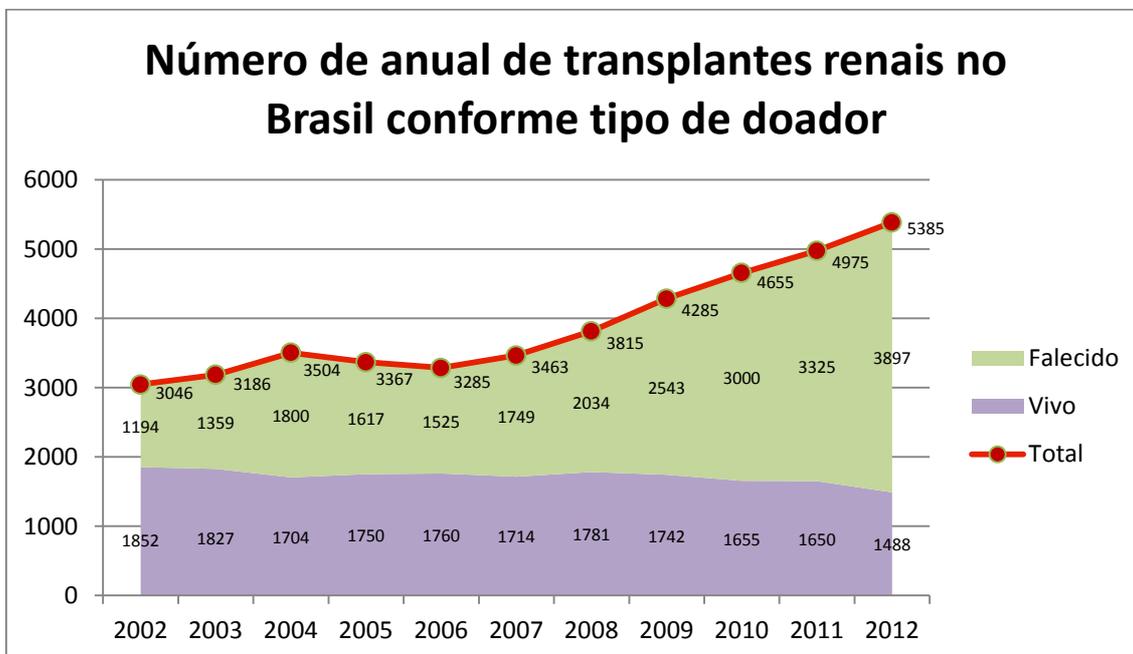


Gráfico 5 - Evolução dos transplantes renais por tipo de doador no Brasil - 2002 - 2012.

Desta forma, o Brasil detém boa visibilidade no cenário mundial dos transplantes.

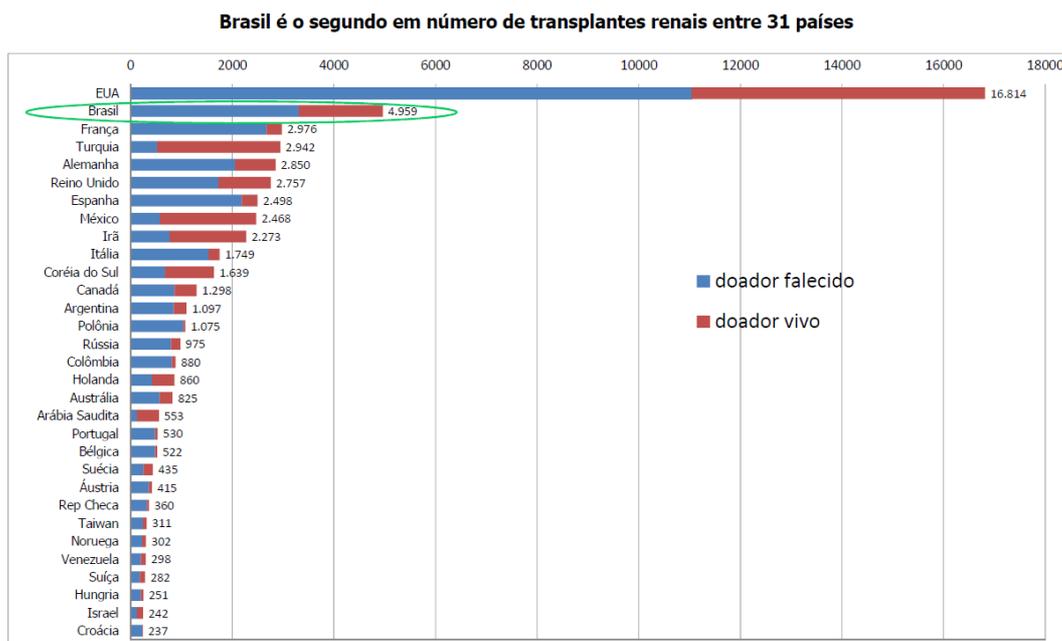


Gráfico 6 - Número absoluto de transplantes renais em 2011.

Porém quando analisamos as taxas de doadores pmp, observamos que apesar de termos melhorado muito, ainda temos um longo caminho a percorrer e um grande potencial à explorar.

Transplantes com doadores falecidos: Número de doadores efetivos (pmp) durante o ano de 2011. (54 países)

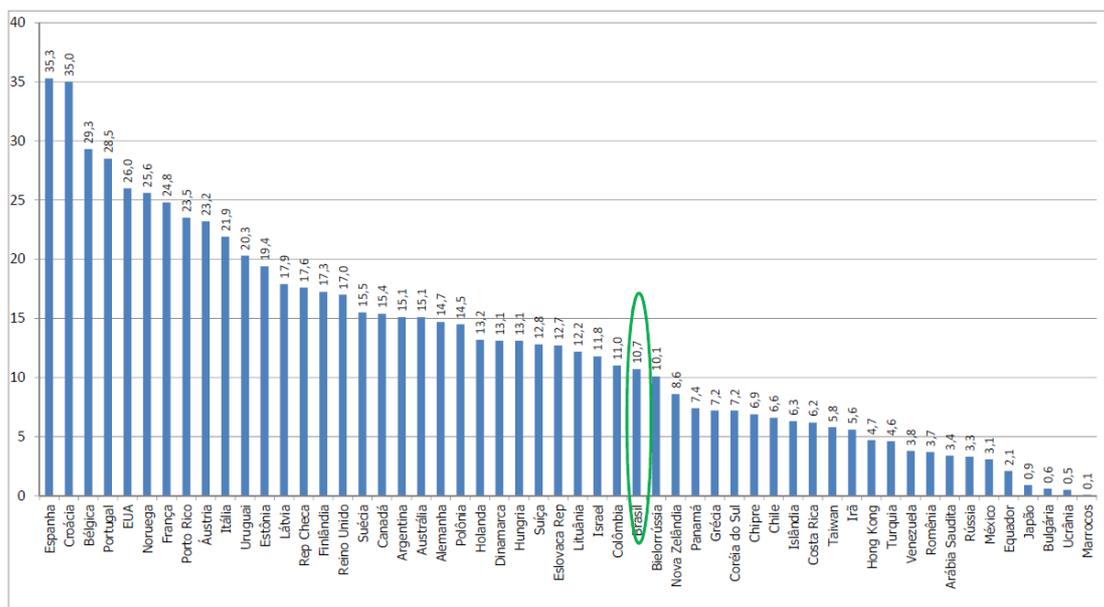


Gráfico 7 - Taxa de doadores por milhão de população. 2011

O Estado de Roraima, infelizmente permanece a margem deste contexto nacional uma vez que até set/2012 não existia sequer uma CIHDOTT, nomeada no estado.

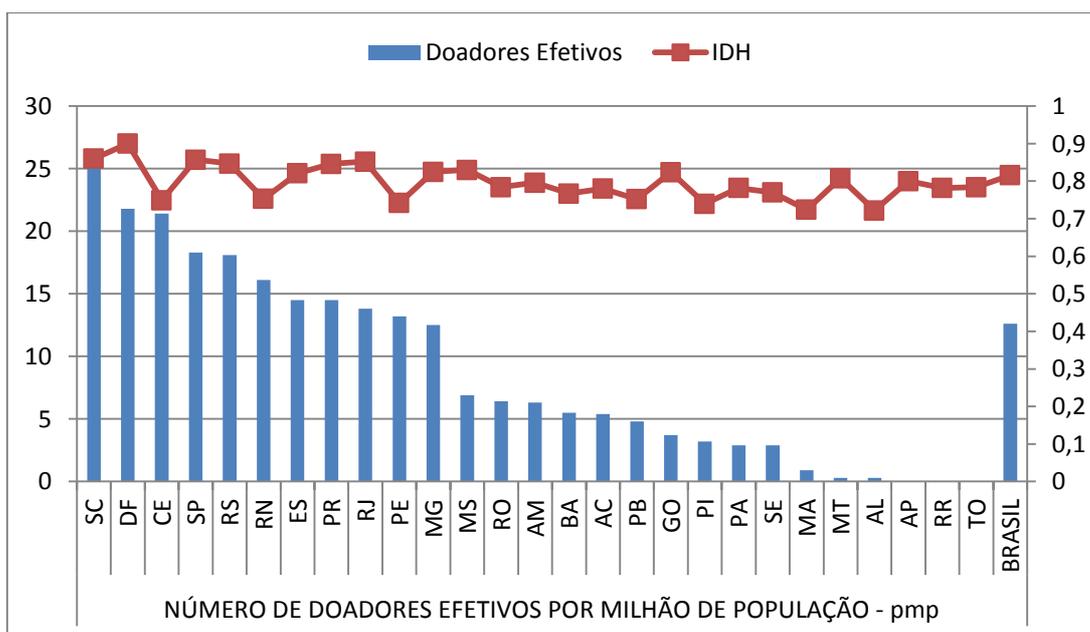


Gráfico 89999 - Taxa de doadores pmp dos Estados Brasileiros 2002-2012. (RBT - 2012)/IDH 2007.

Este cenário começou a mudar durante o ano de 2012 quando a Direção Geral do Hospital Geral de Roraima nomeou a primeira CIHDOOT do estado e motivou a criação da CNCDO - Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos do Estado de Roraima.

A estratégia proposta para o Estado de Roraima é realizar uma implantação baseada no Modelo Espanhol de transplantes.

Primeiramente avaliaremos capacidade técnica de possíveis doadores com auxílio do "Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación"⁴. A seguir apresentaremos propostas guiadas pelo "Guia de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Órganos"⁵; como meio de alcançar resultados consistentes, em um menor período de tempo. Desta forma almejamos alcançar a taxa mínima de 20 doadores pmp, como meta para os próximos 2 anos.

D - Avaliação do Hospital Geral de Roraima segundo o "Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación" (PGCD).

Fruto de um intenso trabalho de controle intra e extra institucional, este programa idealizado pela ONT, iniciou em 1998. Em 2011 avaliou 142 hospitais e mais de 109.500 óbitos, sendo que o grupo avaliado gerou 1.543 doadores o que corresponde à 92,56% do total de 1.667 doadores existente na Espanha em 2011.

O PGCD tem três objetivos principais:

- a) Definir a capacidade teórica de doação de órgãos em cada hospital.
- b) Detectar os escapes durante o processo de doação, analisando as causas de perdas de potenciais doadores.
- c) Descrever os fatores hospitalares que tem impacto no processo de doação.

Segundo o PGCD, os hospitais são divididos em dois grupos os que possuem e os que não possuem serviço de neurocirurgia. Observa-se que 18,72% de todos os óbitos de uma instituição, ocorram na UTI, sendo que em hospitais com neurocirurgia 2,8% dos óbitos totais e 13,7% dos óbitos em UTI ocorrem em ME.

	TODOS LOS HOSPITALES	CON NEUROCIURUGÍA	SIN NEUROCIURUGÍA
% ME/Exitus Hospital	2.3	2.8	1.1
% ME/Exitus en UC	12.4	13.7	8.3

Tab. 01. Porcentagem óbitos em ME - relatório 1998-2011 PGCD⁴

O número de doadores em relação aos pacientes que falecem em morte encefálica é estimado em 56,2% em hospitais com neurocirurgia, 51,5 em hospitais sem neurocirurgia e 55,4% do total de pacientes notificados em todo o grupo de estudo.

As causas de não efetivação da doação vem sendo monitoradas desde 1998, nos chamando a atenção, a redução nas perdas por não comunicação, problemas de manutenção, recusa familiar e contra indicação médicas.

PÉRDIDAS EN EL PROCESO PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE ME	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
M.E. No Comunicadas a Coord Tx	4	3.1	2.3	2.4	3.1	2.4	2.1	2.4	3.2	1.5	1.3	1	1.1	0.05
Contraindicaciones Médicas (Incluye no comunicadas)	27.8	26.5	29.5	29.8	28.3	28.7	24.2	25.8	25.01	23.6	22.8	22.2	21.5	20.7
Problemas de Mantenimiento (Incluye no comunicados)	4.2	3.8	2.2	1.8	1.7	1.9	2	3.2	2.03	2.4	3	2.1	1.7	2.3
Negativas Familiares	14.1	16.4	17.4	16	14.6	13.9	13	11.7	12.4	12.1	12.9	12.5	13	12.1
Negativas Judiciales	0.1	0.2	0.5	0.4	0.7	0.4	0.3	0.2	0.27	0.27	0.1	0.1	0.6	0.15
No confirm. dx legal de ME	0.4	0	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	0.05	0.16	0.3	0.05	0.1	0.1	0.1
Ausencia receptor adecuado	0.4	0.8	0.7	0.6	1.1	0.7	0.6	0.95	0.64	0.3	0.76	0.7	0.4	0.35
Problemas organizativos	0	0.6	0.8	0.4	0.6	0.5	0.4	0.2	0.75	0.76	0.4	0.4	0.4	0.05

Tabela 2 - Causas de perdas no processo de doação PGCD/2011

O HGR, é o único hospital do estado que possui serviço de neurocirurgia credenciado para adultos, sendo referência para as urgências nesta especialidade.

A primeira análise dos dados obtidos através do Sistema de Vigilância de Óbitos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Roraima - SESAU/RR, apontou que no ano de 2012 ocorreram no HGR 1.902 óbitos, porém nos registros da única UTI existente no HGR em 2012, encontram-se apenas 55 óbitos o que corresponde a 2,89% dos óbitos do HGR, muito distante dos 18,72% apontados pelo PGCD.

Tal cenário pode ter muitas variáveis como a baixa disponibilidade de leitos de UTI em 2012 apenas 10 leitos (em 2013 foi inaugurada mais uma UTI com 10 leitos) ou deficiência no controle e registro dos dados.

Dadas as características dos números e fazendo uma análise do fluxo e controle destes, optamos por eleger os dados da SESAU/RR por entendermos ser estes mais fidedignos.

Sendo assim temos uma estimativa de que dos 1.902 óbitos ocorridos no HGR, 53 destes (2,8%) foram por morte encefálica, formando nosso universo de possíveis doadores.

Apesar de visualizarmos uma taxa média de 55,4% na efetivação de potenciais doadores, na Espanha, esta realidade é muito diferente no Brasil, como se pode observar na tabela a seguir:

Causas de perdas do processo de doação - Percentual segundo motivo				
Recusa Familiar	Problemas Manutenção	Contraindicação Médica	Outros	Total
29%	15%	10%	16%	70%

Tabela 3 - Causas de perdas do processo - dados RBT 2012.

Analisando a tabela acima chegamos a conclusão de que o único dado confiável é o total de potencial doadores que não se conclui o processo de doação, já que os demais 16% é um número muito alto para serem

classificados inespecificamente, sendo que parte destes podem ser redistribuídos nos itens acima, se melhor avaliados e estratificados.

Outra questão a ser considerada é o elevado número de problemas com a manutenção dos potenciais doadores, item completamente relacionado ao treinamento e estrutura do serviço de saúde.

Por fim a recusa familiar representa 29% do total de não efetivação total, porém nos registros da RBT, 41% das entrevistas familiares encerram-se com a negativa familiar. Evidenciando a necessidade melhor treinamento e esclarecimento da população a favor da doação. Também é muito importante que o coordenador da CIHDOTT a realize.

Desta forma a média nacional de efetivação dos potenciais doadores é de apenas 30%. Portanto em 2012 no HGR, provavelmente teríamos obtido aproximadamente 15 doadores (30%), o que corresponderia a uma excelente taxa de 31,9 doadores pmp.

Se considerarmos que infelizmente Roraima ocupa o 2º lugar no ranking dos óbitos por acidente de motocicleta, 13,7 mortos/100 mil (2008), valor maior que o dobro da média nacional,⁸ e 17X maior que a observada na Espanha, acreditamos que em Roraima esta estimativa seja maior que o previsto.

Prosseguir com a análise do PGCD no HGR, não é possível uma vez que não temos atividade nenhuma relacionada a doação e transplantes, e erroneamente por este motivo se negligencia a notificação, o diagnóstico de morte encefálica e a limitação do esforço terapêutico. Problemas estes que tentaremos melhorar com educação continuada e vigilância ativa e presencial, que fazem parte das ações proposta por este trabalho.

E - Proposta de implantação do Modelo Espanhol em Roraima

A Espanha através da ONT, tem buscado melhorias constantes com objetivo de impulsionar ainda mais o processo de doação e transplantes, dentre as várias ações implementadas nos chamou a atenção a aplicação do processo de Benchmarking no processo de doação de órgãos.

Segue-se uma definição de Benchmarking pelo Dr. Rafael Matezans, "*Benchmarking* es una palabra moderna para referirse a una práctica tan antigua como el ser humano: de manera innata, nos fijamos y tratamos de aprender de aquellos que mejor lo hacen." ⁷

O trabalho de uma comissão formada por coordenadores hospitalares e membros da ONT, com indicadores de excelência no processo de doação de órgãos para transplante, resultou na publicação do "Guia de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Organos"⁵ em 2011, que apresenta 25 recomendações agrupadas em cinco pontos chaves do processo de doação de órgãos, que nortearam nossas considerações.

Abaixo visualizamos de maneira gráfica, a forma em que se subdividiu a estrutura do processo de doação, e observamos a inclusão de um fator essencial: **a detecção do possível doador em ambientes extra UTI.**

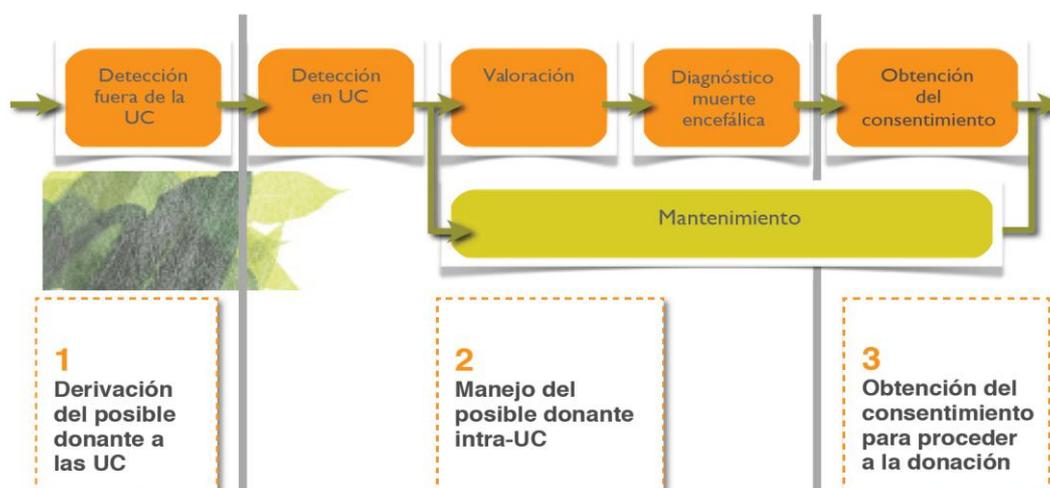


Fig. 8 - Estrutura do processo de doação em morte encefálica. UC: Unidade Críticos.⁹

Entendemos que o processo de obtenção de órgãos possui três momentos distintos, numerados na figura acima: **detecção do possível doador, manejo do possível doador na UTI e entrevista familiar**. As ações para viabilizar e melhorar o número de órgãos para transplantes devem focar estes três momentos.

Sabemos que a atividade de transplante não se resume ao processo de doação, porém nosso entendimento é que ter um serviço eficiente de captação e doação de órgãos em morte encefálica, é o primeiro e mais importante passo para um serviço de transplante de sucesso.

1 - Do Sistema de Transplantes.

A Coordenação Estadual de Transplantes de Roraima (CNCDO-RR) está vinculada a Coordenação de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde, e ligada diretamente ao SNT, sendo total responsável pelas Coordenações Hospitalares, captação e distribuição dos órgãos existentes no estado.

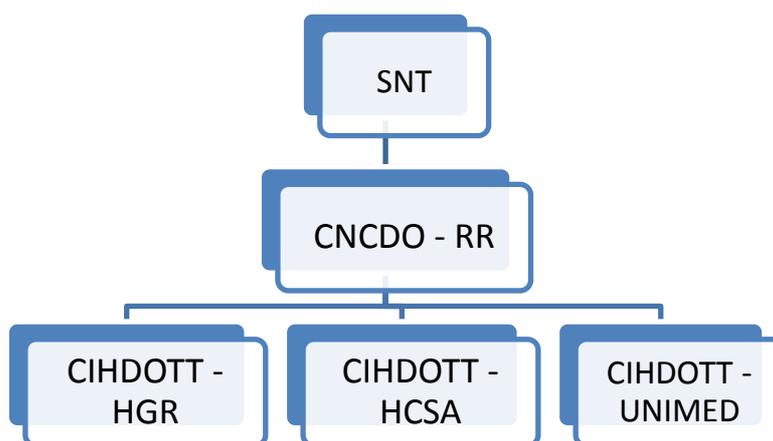


Fig. 09 - Estrutura proposta do Sistema de Transplantes em Roraima. (SNT - Sistema Nacional de Transplante; CNCDO-RR - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado de Roraima; CIHDOTT - Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.)

A CNCDO-RR é composta por 5 membros sendo um coordenador médico, duas enfermeiras e dois assistentes administrativos. Esta terá um

expediente externo e deverá permanecer em atividade 24h por dia 7 dias por semana, através de sobreaviso do coordenador médico que quando necessário revezará este sobreaviso com o coordenador médico da CIHDOTT do Hospital com maior capacidade de atendimento à possíveis de doadores.

2 - Coordenações Intra-Hospitalares

Roraima conta hoje com apenas 3 hospitais com UTI (Unidades de Terapia Intensiva), que drenam todas as urgências e emergências clínicas e traumato-cirúrgicas do estado (infantil e adulto). Sendo assim sugerimos que cada unidade tenha uma comissão intra-hospitalar com um médico e um enfermeiro a tempo parcial, ambos com experiência na atenção a pacientes críticos. A exceção é o Hospital Geral de Roraima que por ser o maior hospital e único a iniciar um programa de transplante, renal ainda neste ano, terá dois médicos e dois enfermeiros, em tempo parcial.

Unidade de Saúde	Tipo	Leitos UTI	Médicos	Enfermeiros	Total
Hospital Geral de Roraima	Público	26	2	2	4
Hospital da Criança Santo Antonio	Público	6	1	1	2
Hospital Unimed	Privado	6	1	1	2

Tab. 4 - Composição das equipes intra-hospitalares, nas unidades de saúde do estado.

Estes profissionais deverão receber treinamento específico no processo de doação, transplante e principalmente na comunicação de más notícias, a ser disponibilizado pela CNCDO-RR via SNT ou através de cursos locais. No momento o HGR já tem mais de 15 profissionais treinados por meio de cursos fornecidos pelo SNT em 2012, o que acaba por facilitar o processo.

Existe um esforço da CNCDO-RR para que estes profissionais treinados sejam profissionais concursados, que realmente tenham se identificado com o

trabalho de captação e transplante para que as modificações na composição destas equipes sejam mínimas ao longo do tempo.

Na estrutura organizacional, as CIHDOTT, deverão ser subordinadas a Direção Médica do Hospital e estar no mesmo nível hierárquico que as chefias de serviço, sendo fator positivo a presença de algum membro da CIHDOTT que também tenha função de chefia.

É recomendável que o coordenador tenha outras atividades, principalmente relacionadas ao cuidado de pacientes críticos, e que estes estejam permanentemente localizados e em sobreaviso assumindo todo o processo assim que seja notificado, a existência de um possível doador.

É importante resguardar ao coordenador, total autonomia na tomada de decisões diante do processo, tal como solicitar exames e parecer pertinentes, mesmo que estes não estejam disponíveis para outros eventos no hospital.

E por fim a equipe de coordenação hospitalar deve se sentir motivada e recompensada profissionalmente e financeiramente, devendo demonstrar bom relacionamento com todos os demais setores e profissionais do hospital.

3 - Recomendações acerca do perfil do Coordenador da CIHDOTT

O Coordenador das CIHDOTT deve ser um médico, preferencialmente com experiência em cuidados de pacientes críticos, mas que sobretudo tenha: motivação, compromisso com o trabalho, capacidade de resposta diante de situações críticas, liderança e que seja resolutivo.

Não menos importante é ter uma boa comunicação, empatia e estar sempre disponível a todos os servidores do hospital, para sanar dúvidas, e para auxiliá-los em qualquer assunto relacionado ao processo de doação e transplante.

4 - Recomendações para garantir o acesso do possível doador à UTI

Em Roraima e principalmente no HGR, como demonstrado anteriormente, observa-se um déficit importante de leitos de UTI. Este déficit reduziu após a inauguração de uma nova UTI em 2013, mesmo assim devemos regulamentar a prioridade de acesso a UTI do possível doador.

Hoje a priorização do paciente a UTI segue diretriz idealizada pela Society of Critical Care Medicine - EUA reproduzida abaixo:

P1: Pacientes sem doenças crônicas com necessidade de monitoração pela gravidade da doença aguda
P2: Pacientes com doenças crônicas com necessidade de monitoração pela gravidade da doença aguda ou por agudização da doença de base
P3: Pacientes com doença de base irrecuperável, com necessidade de monitoração por gravidade da doença aguda
P4: Pacientes não candidatos a monitoração por não haver benefício em sua admissão

Até o presente momento pacientes neurocríticos sem prognóstico eram classificados como **P4**, nossa proposta a ser discutida com os serviços de medicina intensiva e neurocirurgia é que o possível doador seja classificado como **P1**. Nossa realidade assistencial e sociocultural nos impede de manter reservado um leito apenas para manutenção do possível doador.

Entretanto iremos iniciar um trabalho consistente de formação a todos que trabalham nas unidades de emergências, tanto na identificação quanto na manutenção do possível doador.

Para tornar o atendimento padronizado e menos susceptível a escapes e falhas na manutenção do potencial doador, iremos sugerir uma sensibilidade bastante alta no que tange ao acionamento das CIHDOTT pelas portas de urgências e emergências. Sugerimos que todos os casos de paciente que na

admissão presente **Glasgow** ≤ 8 , independente da causa ou fatores envolvidos, sejam colhido amostras de sangue, para eventuais sorologias e comunicados imediatamente a CIHDOTT. Esta avaliará e acompanhará o caso, fará o contato com a UTI se realmente se tratar de um potencial doador, e informará a CNCDO cada etapa do processo até o diagnóstico de morte encefálica, quando então o caso será assumido conjuntamente pelo coordenador da CIHDOTT e CNCDO.

Quanto a recomendação de um protocolo para Limitação de Tratamento e Suporte Vital, sabe-se que todos os países da latino-américa possuem uma grande resistência a extubação e desconexão de aparelhos, porém reconhecemos a necessidade de tal protocolo, baseado nas evidências científicas e legislação vigentes, ao passo que discutiremos a implantação de um protocolo com o serviço de medicina intensiva e a direção médica dos hospitais.

É nossa recomendação que as CHIDOTT realizem visitas diárias nas UTIs e unidades de atendimento a neurocríticos como salas de emergências, diariamente e que sejam realizadas sessões clínicas semanais, de preferência com a presença da CNCDO-RR, para avaliar as atividades da semana com os profissionais destes serviços.

Será atribuição da CNCDO-RR realizar auditorias aos moldes do PGCD, nas unidades para verificar a efetividade do sistema, com intuito de orientar a correção de eventuais falhas no processo. Também a CNCDO-RR deve se comprometer em **sempre** fornecer feedback adequado ao serviço que notificou o potencial doador.

5 - Recomendações para melhorar o manejo do possível doador na UTI

É altamente recomendado que todos os profissionais assistenciais da UTI, estejam envolvidos na detecção e manutenção do possível doador.

Porém a peça chave deste processo é que o próprio coordenador da CIHDOTT acompanhe pessoalmente o seguimento dos pacientes neurocríticos, a partir do acionamento já mencionado (Glasgow ≤ 8) até a conclusão do processo, efetivação ou rejeição do possível doador.

É fundamental que todos na UTI entendam que a atenção ao paciente neurocrítico, o diagnóstico de morte encefálica e a manutenção do possível doador, são atividade inerentes ao cuidados intensivos e direito do paciente ali ingressado, e que todas estas atividades devem ser desenvolvidas com a colaboração do coordenador da CIHDOTT e não deve ser negligenciado por nenhuma das partes envolvidas.

Nas unidades já existe serviço de Neurocirurgia em sistema de sobreaviso, desta forma iremos discutir com as chefias de tais serviços que seu auxilio será requisitado para a conclusão do diagnóstico de morte encefálica, no momento necessário, estando permanentemente (24h/365d) prontos para atuarem neste sentido.

Conforme a legislação vigente, para se firmar o diagnóstico de morte encefálica é necessário dois exames clínicos, sendo um realizado por um neurocirurgião ou neurologista, e mais um exame de imagem (Doppler, arteriografia, EEG...). Destes métodos recomendamos o Doppler Transcraniano, para facilitar o diagnóstico de morte encefálica.

No momento não dispomos deste exame porém estamos viabilizando junto ao Ministério da Saúde a compra de um aparelho.

Quanto a disponibilidade de laboratórios de Microbiologia e Anatomia Patológica permanente, não é a realidade disponível mas a CNCDO-RR buscará meios de viabilizar isto.

Protocolos de detecção e manutenção do possível doador serão impressos nos formatos de mesa e bolso, sendo os primeiros fixados nos serviços de urgência e emergências, e os últimos distribuídos aos profissionais destas unidades.

O Protocolo de Manutenção do possível doador adotado será o proposto pelo "Consejo Iberoamericano de Donacion e Trasplante" em 2009 publicado na Newsletter, vol. III - nº 1 de Dez 2009.⁹

O Protocolo para Diagnóstico de Morte Encefálica já é estabelecido pela Resolução CFM 1480/97 (Conselho Federal de Medicina).

6 - Recomendações para melhorar a obtenção do consentimento a doação.

No Brasil, diferentemente da Espanha não temos mais a legislação do doador presumido, isto é que considera que todos são doadores exceto que em vida tenham registrado o desejo de não ser doador.

Em 1997 a Lei 9434/1997 implantou sem a devida orientação à população, o consentimento presumido porém esta não teve uma boa repercussão perante a sociedade e em outubro de 1998 a Medida Provisória 1780/1998 da Presidência da República, novamente atribuiu a família total decisão quanto a doação ou não dos órgãos de seu familiar falecido.

Experiência vivida na Espanha demonstrou que de maneira pratica, mesmo em países que se tem legalizado a questão do doador presumido, é a família que mantém total autonomia sobre a autorização para doação, sendo

então definitivamente constatado a importância de uma entrevista familiar, realizada de maneira ética, técnica e profissional para a efetivação da doação.

Sendo assim acatamos na íntegra as recomendações constantes no "Guia de Buenas Prácticas", acrescentando que a família, desde a admissão, seja informada de maneira técnica e responsável do real prognóstico da patologia de seu ente-querido enfermo, mesmo que está seja sombria.

Através da experiência vivida no Hospital San Pedro em Logroño, como exemplo citamos o ICH Score,¹⁰ como evidência científica válida para informação precoce aos familiares.

No sentido de que a entrevista familiar deve seguir uma metodologia específica e na medida do possível se deve planejar sua condução recomendamos que:

- Antes da entrevista se busque todas as informações possíveis, em relação ao possível doador, a família, sua condição sociocultural, religiosa, percepção do atendimento prestado ao ente querido até o presente momento, para se preparar os recursos materiais e humanos para a entrevista.

- A entrevista deve ser realizada em ambiente restrito aconchegante, não longe do possível doador.

- A notícia da morte do doador deve ser dada pelo médico assistente ou plantonista, do serviço em que o paciente se encontrava, sendo planejado anteriormente, de que maneira se dará a apresentação do coordenador da CIHDOTT que efetivamente informará o direito da família de doar ou não os órgãos e solicitará a autorização para doação.

- Na medida do possível se deve evitar entrevistas no período noturno.

- É recomendado não limitar o número de familiares presentes à entrevista, porém deve-se certificar que os que efetivamente todos os que terão o poder de decisão estejam presentes, e que o contato durante a entrevista sejam com estes priorizados.

- Jamais deve-se pré-julgar o resultado da entrevista, devendo sempre ser realizada sem limite de tempo, exceto quando se tem a certeza de que o transplante não poderá ser realizado.

- Deve-se estabelecer um relação de ajuda profissional que facilite a confiança necessária para que os familiares aceitem a doação, utilizando-se as ferramentas de comunicação.

- Ao comunicar a morte o médico assistente deve tirar todas as dúvidas da família. Não existe recomendação definida sobre a comunicação de morte ou morte encefálica.

- A entrevista se estrutura em fases sucessivas e independentes: início, comunicação da morte, solicitação do consentimento de doação e finalização. É importante não misturar estas fases e não avançar para a próxima fase sem ter a certeza de que a família compreendeu e aceitou plenamente o falecimento, e só então solicitar a autorização para doação, de maneira clara e pelo coordenador da CIHDOTT.

- Em caso de negativa é recomendável utilizar de técnicas de reverter a negativa, inclusive permitindo um tempo para que a família pense sobre o assunto. Quem marca o final da entrevista é a família não o coordenador. Sendo que independentemente do resultado deve-se manter o sentimento de condolência e afeto, mantendo a relação até o ultimo momento.

- Todos envolvidos devem ter treinamento específico para realização de entrevista, mantendo formação continuada para aprimoramento, inclusive se possível com registro das entrevistas, para posterior análise principalmente das negativas.

- Não se deve apresentar benefícios, para a autorização de doação.

- A equipe que realiza a entrevista deve estar plenamente ciente de que a entrevista e a doação ajudam a família a superar sua dor e em nada atrapalham.

IV Conclusão

O Brasil possui legislação e estrutura sanitária suficientemente favorável a doação e transplantes de órgãos, com atividade consistente em vários Estados da Federação.

O Estado de Roraima possui um excelente potencial de doação de órgãos, com taxa estimada de superior a 30 doadores pmp, não explorada, situação que deve ser modificada o quanto antes possível.

O Modelo Espanhol é exequível, economicamente viável, e se implantado segundo os PGCD e o Guia de Buenas Prácticas, propiciará que Roraima seja destaque no cenário nacional de transplantes, em um menor período de tempo.

Como fatores estruturais ainda necessários, destacamos a aquisição de um aparelho de Doppler Transcraniano e o acesso permanente (24h/365d) aos Laboratórios de Anatomia Patologia e Microbiologia com toda a estrutura para realizar os exames necessários.

É mandatório melhorar o registro e controle epidemiológico no HGR.

Se faz necessário iniciar ações assistenciais e formativas no sentido de detectar o potencial doador, diagnosticar a morte encefálica, manter o doador e realizar a entrevista familiar em todas as unidades com UTI, para viabilizar o processo de doação e transplante em Roraima.

Não se deve negligenciar o momento social assistencial e político que contribuem para o início das atividades da CNCDO-RR para benefício de nossa população.

REFERENCIAS

1. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
2. RBT (Registro Brasileiro de Transplantes - Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplantes). Ano XVIII, Nº 4; 2012.
3. Dados ONT/OMS - Global Observatory on Donation & Transplantation.
4. ONT - Organización Nacional de Trasplante, Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación. <http://www.ont.es/infesp/Paginas/ProgramadeGarantiadeCalidad.aspx>. Pesquisado em 11/03/2013.
5. ONT - Organización Nacional de Trasplante, Guía de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Órganos. http://www.ont.es/publicaciones/documents/guia_buenas_practicas_donacion_organos.pdf. Pesquisado em 25/02/2013
6. René Somain, « A população do Brasil em 2010 », *Confins* [Online], 12 | 2011, posto online em 01 Agosto 2011, Consultado o 03 Março 2013. URL : <http://confins.revues.org/7215> ; DOI : 10.4000/confins.7215 - See more at: <http://confins.revues.org/7215#sthash.exyA1spl.dpuf>
7. Matezans, Rafael. Prefácio, Guía de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Órganos. http://www.ont.es/publicaciones/documents/guia_buenas_practicas_donacion_organos.pdf. Pesquisado em 25/02/2013 Guia de Boas Práticas em Transplante.
8. Waiselfisz, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2011. Os Jovens do Brasil**. Brasília, Ministério da Justiça, Instituto Sangari, 2011.
9. Consejo Iberoamericano de Donacion e Trasplante" em 2009 publicado na Newsletter, vol. III - nº 1 de Dez 2009. Pág 21-34. Recomendación Rec - RCIDT - 2009 (12) Sobre Mantenimiento Donante Multiorgánico.
10. J. Claude Hemphill, **The ICH Score : A Simple, Reliable Grading Scale for Intracerebral Hemorrhage Editorial Comment: A Simple, Reliable Grading Scale for Intracerebral Hemorrhage**. *Stroke* 2001;32;891-897. <http://stroke.ahajournals.org/content/32/4/891.full.pdf+html> acessado em: 26/02/2013.