



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

JULIANA FERREIRA ROZAL

**TRANSPLANTE RENAL: AVALIAÇÃO DO GRAU DE
IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2011.**

RECIFE
2011

JULIANA FERREIRA ROZAL

**Transplante Renal: Avaliação do grau de implantação das
ações de um hospital de referência do estado de Pernambuco,
2011**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções em Saúde

Orientador: Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho

Coorientadora: Kamila Matos de Albuquerque

RECIFE

2011

JULIANA FERREIRA ROZAL

**Transplante Renal: Avaliação do grau de implantação das
ações de um hospital de referência do estado de Pernambuco,
2011**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: ___ de _____ de 2011

BANCA EXAMINADORA

Antônio Carlos Espírito Santo- UPE

Suely Arruda- IMIP

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho- IMIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial à minha mãe, meu filho e meu esposo pelo amor, apoio e compreensão que demonstraram em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conduzir com fé e sabedoria;

A minha família, por compreenderem minha ausência e meus momentos de aflição. Sempre me incentivando e sugurando na minha mão para eu prosseguir adiante;

Ao IMIP, por proporcionar a ampliação dos meus conhecimentos, abrindo portas para que este sonho pudesse se realizar. Em especial a Eronildo, Luciana e Isabela por acreditarem que era possível dar esse passo a frente.

Ao meu orientador Fernando e co-orientadora Kamila, por tentaram me compreender e me acalmar nos momentos de ansiedade à luz de seus conhecimentos e experiências;

Aos meus companheiros de trabalho da Secretaria de Saúde de Ipojuca, pelo estímulo e ao meu diretor Dr. Jairo Rocha pela liberação;

Aos pacientes da enfermaria da UGT, que vi brilhar em seus olhos a alegria de receber o órgão e a tristeza algumas vezes ao perdê-lo, servindo-me de inspiração para este estudo;

A toda equipe da UGT, que compartilharam plantões e mais plantões comigo a espera de um transplante, estando sempre de pronta guarda para realizar a missão que nos foi dada de acolher e confortar os pacientes nesse momento tão esperado;

Aos colegas do mestrado, que me deram a difícil tarefa de representá-los, depositando confiança, mostrando que mesmo com uma turma tão heterogênea, todos tinham o objetivo comum de assumir com êxito a responsabilidade que nos delegaram de sermos a primeira turma;

Em especial; aos meus amigos de caminhada deste mestrado que me aconselharam e compartilharam as dúvidas e angústias para que no final tudo desse certo: Mariana, Juliana, Greciane, Simone e Washington;

E, a todos que mesmo indiretamente participaram deste processo me dando força e incentivo.

RESUMO

Objetivos: Analisar a implantação do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos (PNDCTOT) nos componentes: Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e Sistema de Lista Única (SLU) na Unidade Geral de Transplante (UGT) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **Métodos:** Trata-se de uma avaliação normativa compreendida em duas etapas: construção do modelo lógico e do sistema de pontuação e, em seguida, determinação do grau de implantação das dimensões estrutura e processo. Foram analisados documentos formais, normas, portarias e estudos para a elaboração preliminar do modelo lógico e sistema de pontuação, que foram submetidos à avaliação de especialistas. Para a determinação do grau de implantação, realizaram-se entrevistas estruturadas com profissionais da UGT, além da análise de relatórios de supervisão, relatórios anuais, protocolos, atas de reuniões e observação direta. **Resultados:** Na CIHDOTT, a PNDCTOT foi considerada como satisfatoriamente implantada em sua dimensão estrutura (92,9%). O ambiente foi considerado inadequado para o acolhimento às famílias doadoras. Na dimensão processo obteve grau satisfatório (93,7%), porém a notificação dos óbitos do hospital foi considerada insuficiente. No SLU, a dimensão estrutura obteve grau satisfatório (83,3%), entretanto evidenciou déficit na aquisição de equipamentos; a dimensão processo foi considerada com implantação satisfatória em todos os critérios exigidos (100%). **Conclusão:** Apesar de a PNDCTOT na UGT apresentar implantação satisfatória em seus componentes, devem ser efetivadas as mudanças pertinentes para que os problemas apontados não interfiram no desempenho das etapas do processo de doação, captação e transplante, com vista a aumentar o número de transplantes realizados contribuindo desta forma, para a redução da lista de espera por este tratamento.

Palavras-chave: avaliação de programas; transplante renal; doação de órgãos.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the implementation degree, according to Brazilian Program of Organ and Tissue Donation, Capture and Transplantation (BPOTDCT), of structure and process dimensions of the two components of Transplantation Service (TS) of Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira (IMIP): Hospital Commission of Organ and Tissue Donation for Transplantation (HCOTDT) and Unified List System (ULS).

Methods: A two-step normative assessment was performed. Formal documents and legislation were used to development of logic model and scoring system, which were validated by a specialist panel. Structured interviews with staff members, reports and guidelines reviews and direct observation were carried out to set the implementation degree for structure and process dimensions. **Results:** According to BPOTDCT, HCOTDT structure was considered implemented (92,9%), although ambience was considered inappropriate for host donors' families. Processes was also considered implemented (93,7%), although the insufficient death notification. ULS structure was considered implemented (83,3%), despite of deficient equipment acquisition, as well as processes (100%). **Conclusion:** Structure and processes of both HCOTDT and ULS were considered implemented according to BPOTDCT. However, proper changes are needed to lessen the aforementioned problems and to not interfere in donation, capture and transplantation processes, aiming to increase the transplantation rates and to reduce waiting list.

Keywords: programs evaluation; kidney transplantation; organs donation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM - Conselho Federal de Medicina

CIHDOTT - Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

CNCDO - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

CTE - Câmara Técnica Estadual

CT - Central de Transplantes

CTU - Cadastro Técnico Único

E.U.A. - Estados Unidos da América

GM - Gabinete Ministerial

HLA - *Human Leukocyte Antigen*

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

IRC - Insuficiência Renal Crônica

ME - Morte Encefálica

MS - Ministério da Saúde

PNDCTOT - Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos

RBT - Registro Brasileiro de Transplante

RH – Recursos Humanos

SLU - Sistema de Lista Única

SNT - Sistema Nacional de Transplantes

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UGT - Unidade Geral de Transplante

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1** - Fluxograma do processo de doação. 10
- Figura 2** - Evolução anual dos transplantes de rim no Brasil, 2000 a 2010. 13
- Figura 3** - Modelo Lógico do Programa Nacional de Transplantes. 28

QUADROS

- Quadro 1:** Sistema de Pontuação do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, componente CIHDOTT. 29
- Quadro 1:** Sistema de Pontuação do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, componente SLU. 31

TABELAS

- Tabela 1:** Pontuações obtidas e grau de implantação dos componentes CIHDOTT e SLU: dimensão estrutura e processo. 38

]

SUMÁRIO

I. APRESENTAÇÃO	1
II. REFERENCIAL TEÓRICO	3
2.1 Aspectos Históricos	3
2.2 Legislação do Transplante	5
2.3 O Processo de Doação	8
2.4 Cenário Atual do Transplante no Brasil	12
2.5 Avaliação em Saúde	15
III. JUSTIFICATIVA	19
IV. OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo Geral	21
4.2 Objetivos Específicos	21
V. MÉTODOS	22
5.1 Desenho do Estudo	22
5.2 Local do Estudo	22
5.3 Procedimentos para Coleta de Dados	24
5.4 Determinação do Grau de Implantação	25
5.5 Aspectos Éticos	25
VI. RESULTADOS	27
6.1 Modelo Lógico e Sistema de Pontuação	27
6.2 Avaliação do Grau de Implantação	33
VII. DISCUSSÃO	40
VIII. CONCLUSÃO	47
IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	56
APÊNDICE 1- Questionário 1- Componente CHIDOTT	56
APÊNDICE 2- Questionário 2- Componente SLU	59
APÊNDICE 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE - Técnica de Consenso	67
APÊNDICE 4- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE - Entrevista	69
ANEXOS	71
ANEXO 1- Carta de Anuência	71
ANEXO 2- Aprovação Cômite de Ética e Pesquisa	72

I. APRESENTAÇÃO

O avanço das técnicas de transplantes e sua aplicação no tratamento de doenças terminais relacionadas a falências de órgãos podem ser considerados uma das descobertas mais exitosas da medicina nas três últimas décadas¹.

Para milhares de pacientes, o transplante passa ser a única esperança de recuperação da saúde ou até mesmo para sobrevivência. A escolha por este tratamento vem aumentando a cada ano, assim como o investimento por parte do governo para incentivar a sua utilização¹.

Porém, apesar dos resultados positivos em termos de crescimento no número de cirurgias, ainda são evidenciadas falhas nas etapas percorridas durante o processo, que se refletem no longo tempo de espera na fila por um transplante, destacando como principal dificuldade para o acesso aos transplantes a falta de órgãos².

Em vista a reduzir estes obstáculos o Ministério da Saúde (MS) regulamentou através da Portaria 2.600, de 21 de outubro de 2009, as ações e atividades relacionadas a este procedimento, fundamentando o processo de captação, doação e transplante de órgãos e tecidos².

Durante as seções a seguir, busca-se compreender o início do uso desta terapia, sua importância, a legislação vigente, a situação atual em nosso país, em especial no estado de Pernambuco, as etapas exigidas para que o evento aconteça e o papel da realização de uma avaliação das ações do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos (PNDOCTOT) na instituição analisada, possibilitando responder as inquietações da autora quanto aos principais fatores que possam vir a interferir durante este processo, contribuindo como profissional da equipe para a melhoria do serviço ofertado.

Como método para avaliar o grau de implantação do PNDCTOT na Unidade Geral de Transplante (UGT), optou-se por uma avaliação normativa através da construção do modelo lógico e do sistema de pontuação para mensurar os componentes Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e Sistema de Lista Única (SLU).

Dessa forma, o presente estudo busca fornecer informações que possam servir aos gestores no auxílio à tomada de decisão no tocante a mudanças ou ajustes necessários para que todas as etapas sejam corretamente efetivadas.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos Históricos

A história dos transplantes começa no advento dos bancos de sangue, depois de diversas tentativas sem sucesso de hemotransfusão durante a I Grande Guerra (1914-1918). Houve ainda logo após este período o aumento significativo de transplante de órgãos não vitais, ressaltando o início da utilização dos enxertos de pele, como medida paliativa nos casos de queimaduras³.

No início da década de 1950, época considerada como a era moderna dos transplantes, destacam-se as contribuições dos cirurgiões Aléxis Carrel (Prêmio Nobel de 1912) e Charles Guthrie, que desenvolveram a técnica de sutura dos vasos sanguíneos. O experimento de Emmerich Ullmann, na mesma época, removendo um rim de um cachorro e o mantendo funcionando por poucos dias no corpo de outro cachorro, revelou o problema da rejeição e indicou a necessidade da semelhança genética entre o doador e o receptor para o sucesso dos transplantes^{3,4}.

O problema da rejeição continuou a ser objeto de estudo durante a Segunda Guerra Mundial, quando se utilizou o transplante de pele como terapia de escolha nas grandes queimaduras. Porém, a rápida rejeição do enxerto limitou o seu uso⁴.

O médico Peter Medawar realizou pesquisas com enxertos de pele em coelhos que o possibilitaram descrever as leis do transplante, o que lhe valeu o prêmio Nobel de 1960. Seu trabalho sobre a imunologia dos transplantes identificou a importância da imunidade celular no processo de rejeição dos enxertos e o papel dos antígenos de histocompatibilidade (HLA – *Human Leukocyte Antigen*) descobertos neste mesmo período, permitindo assim o desenvolvimento dos protocolos de imunossupressão^{4,5}.

Para superar o problema da rejeição foram desempenhados esforços nas décadas de 60 e 70 na síntese de novos fármacos com melhor ação imunossupressora e menor indução de efeitos adversos, tais como nefrotoxicidade, hipertensão arterial, neurotoxicidade, hiperglicemia, neoplasias, infecções, hiperlipidemia e hiperpotassemia³.

A ciclosporina, aprovada para uso em 1983, possuía maior segurança e características mais seletivas, tornando-se uma importante opção terapêutica para os pacientes com disfunção terminal de órgãos. Nesta mesma década, os avanços na retirada e na conservação dos órgãos permitiram obter resultados encorajadores nos transplantes do rim, coração e fígado^{3,6}.

Dessa forma, dentre os procedimentos de transplante de órgãos largamente utilizados, o de rim foi o primeiro a ser desenvolvido. O início deste tratamento ocorreu em 1951, realizado por David Hume na cidade de Boston, E.U.A., utilizando um doador cadavérico, porém com resultado insatisfatório. Nos quatros anos seguintes, Hume e seu colega Joseph Murray, ganhador do prêmio Nobel de 1990, realizaram mais dez transplantes de rim de doadores cadavéricos, sendo bem sucedido somente em 1962⁷.

No Brasil, o emprego desta atividade aconteceu em 1964 na cidade do Rio de Janeiro, sendo uma criança de nove meses de idade a doadora e o receptor um jovem de 18 anos de idade, o qual apresentou sucesso imediato transitório, com perda do enxerto por rejeição aguda e óbito por pneumonia no oitavo dia pós- transplante, dando início assim ao desenvolvimento de ações voltadas a este procedimento no país³.

2.2 Legislação do Transplante

O transplante renal é do ponto de vista médico, social ou econômico a melhor opção terapêutica para o paciente com insuficiência renal crônica por garantir uma melhor sobrevida e qualidade de vida⁴.

O crescimento significativo deste procedimento resultou na regulamentação sobre a retirada de órgãos após o diagnóstico de morte encefálica (ME) e sobre os critérios de distribuição. Essa iniciativa ocorreu primeiramente na Bélgica, em 1986, por meio da lei de retirada e transplante de órgãos, adotando-se o consentimento presumido, no qual todo o cidadão passa a ser um potencial doador, exceto se declarasse o contrário⁸.

A primeira vez que a legislação brasileira dispôs sobre o tema foi na Lei nº 4.280, de 6 de novembro de 1963, que aborda a extirpação de órgãos ou tecidos de pessoa falecida para fins de transplante, permitindo a retirada de órgãos de doador cadáver sob autorização por escrito ou sem “oposição por parte do cônjuge, dos parentes até segundo grau, ou de corporações religiosas e civis responsáveis pelo destino dos despojos”⁹.

Esta lei foi revogada pela Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, que tratava “sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica”, com o princípio de doação consentida e permitido a doação entre vivos¹⁰.

Com base no art. 198 e o art. 199, parágrafo 4º da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre as “condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado

todo tipo de comercialização”, os procedimentos relacionados aos transplantes passaram a ser financiados por recursos públicos¹¹.

Em decorrência disso, surgiu a necessidade de regulamentar as atividades e de definir critérios claros para a realização dos transplantes, tecnicamente adequados e socialmente justos para distribuição dos órgãos¹. Para a regulamentação destas ações foi publicada no Brasil a Lei nº 8.489, de 19 de novembro de 1992¹². Porém, esta lei não estabelecia os critérios para diagnóstico de ME, cadastro técnico de equipes, hospitais transplantadores e pacientes receptores, fazendo com que inúmeras discussões e pesquisas fossem realizadas envolvendo o tema^{1,8}.

Em 1997 foi publicada a Lei 9.434, regulamentada pelo Decreto Federal nº 2.268/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, revogando a lei anterior de 1992¹³. Foi criado assim o Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos (PNDCTOT), organizado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), com o objetivo da redução do tempo de espera em fila de candidatos a transplante por meio da otimização do uso de órgãos e tecidos, recursos operacionais, humanos e assistenciais na área de transplante^{1,6,14}.

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), o SNT é composto atualmente por 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes, estando presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes¹⁵. Para regular as atividades de transplante com estabelecimento técnico, operacional e normativo do SNT, foi publicada a Portaria n. 3.407, em 5 de agosto de 1998 pelo Gabinete Ministerial (GM) do Ministério da Saúde¹⁶.

A necessidade de envolver mais efetivamente os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) no esforço pela captação de órgãos foi estabelecida pela

Portaria GM n. 905, de 16 de agosto de 2000¹⁷, a obrigatoriedade da existência e de efetivo funcionamento de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) nos hospitais com Unidades de Tratamento Intensivo dos tipos II ou III, e nos hospitais de referência para urgência e emergência dos tipos I, II e III¹.

Com a finalidade de organizar o processo de captação de órgãos nos hospitais, essas comissões também são responsáveis pelas seguintes atividades: articular-se com as equipes médicas do hospital no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; articular-se com as equipes encarregadas da verificação de ME e coordenar o processo de abordagem dos familiares dos potenciais doadores identificados¹.

Para estimular ainda mais a ampliação do número de doadores e, conseqüentemente, o aumento do número de transplantes realizados no país, foi estabelecido por meio da criação da Lei n° 10.2011, em 23 de março de 2001¹⁸ que estabelece:

“É permitido à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo para fins terapêuticos ou transplantes em cônjuges ou parentes consanguíneos até o quarto grau (pais, filhos, irmãos, avós, tios e primos), ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial” (Art. 9).

2.3 O Processo de Doação

O transplante renal pode ser realizado a partir de doadores vivos (parentes ou não-parentes) ou falecido. A taxa de sobrevivência de pacientes transplantados é maior no caso de doadores vivos devido, principalmente ao maior grau de histocompatibilidade^{4,19}.

Para a realização da doação são exigidos os seguintes requisitos ao doador vivo¹⁹:

- a) Bom estado de saúde física e mental;
- b) Compatibilidade sanguínea com o receptor;
- c) Realização de todos os exames preconizados para este tipo de cirurgia;
- d) Maior idade (21 anos);
- e) Realização de estudo imunológico;
- f) Iniciativa voluntária.

Já o uso de órgão de doador cadáver envolve um conjunto de ações e procedimentos que transformam um potencial doador cujo diagnóstico de ME tenha sido confirmado e tenham sido descartadas as contraindicações clínicas que representem riscos aos receptores dos órgãos em doador efetivo²⁰.

Atualmente, é definida pela Resolução n° 1.480 de 1997 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte. Em seu artigo 3° define que a “A morte encefálica (ME) deverá ser consequência do processo irreversível e de causa desconhecida”²¹.

A constatação de ME se dá através da realização de exames clínicos e complementares que demonstrem de forma inequívoca a ausência de atividade elétrica cerebral ou a ausência de atividade metabólica ou ainda, a ausência de perfusão sanguínea, levando em consideração intervalos de tempo variáveis dependendo da faixa etária, além da constatação clínica de: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra espinal e apnéia²¹.

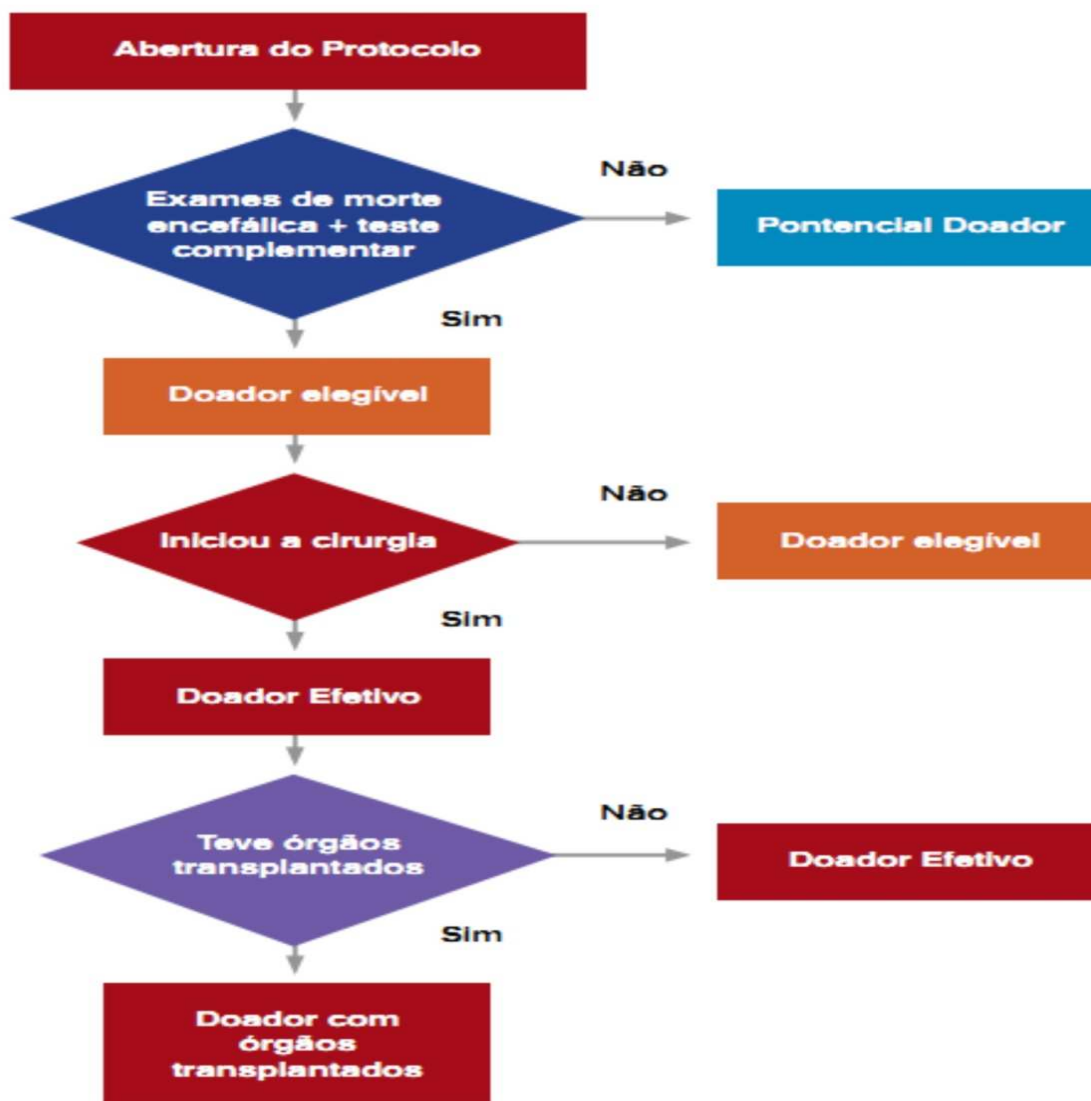
Após constatação de ME, qualquer profissional de saúde da instituição onde o paciente encontra-se internado deve comunicar e notificar compulsoriamente à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Destacam-se como frequentes causas de ME o traumatismo crânio-encefálico (60% dos casos); acidente vascular cerebral (30 a 40%), tumores cerebrais primários, anóxia cerebral (afogamentos, pós-parada cardiorrespiratória) e intoxicação exógena²².

O processo de doação se inicia à suspeita de ME. Durante o desenvolvimento destas etapas devem ser garantidas todas as informações necessárias e o acolhimento aos familiares do potencial doador^{20,22}. A Portaria Ministerial nº 1262/2006 define que todas as etapas do processo de doação sejam realizadas em no máximo 18 horas²³. Para o doador em ME há uma rotina e um protocolo a serem seguidos pelas equipes de captação. Os principais passos são os seguintes¹⁹:

1. Constatar a ME e obter a autorização da família;
2. Afastar qualquer doença que inviabilize o transplante;
3. Reconhecer a viabilidade do órgão a ser doado;
4. Realizar as provas de compatibilidade;
5. Procurar o receptor mais adequado;
6. Enviar o órgão ao local da cirurgia do receptor.

A Figura 1 a seguir ilustra o fluxograma proposto pelo Registro Brasileiro de Transplante (RBT) para o processo de doação²⁴:

Figura 1 - Fluxograma do processo de doação.



Fonte: RBT, 2010.

Para que o órgão seja doado é necessária a realização de testes de hemo e histocompatibilidade, além de exames laboratoriais para afastar qualquer doença do potencial doador que inviabilize o transplante. Estes exames devem ser realizados o

mais rápido possível no hospital onde o potencial doador se encontra, sendo de responsabilidade da CIHDOTT ou da Central de Transplantes (CT) a sua viabilização¹⁹.

Uma vez comprovada a possibilidade de doação, deve-se solicitar a autorização familiar com base na entrevista e no termo de consentimento. Levam-se em consideração nessa etapa os diversos aspectos na decisão da família, entre eles o desconhecimento e/ou não aceitação da ME e o luto vivenciado. Cabe ao profissional que irá realizar a entrevista analisar e considerar esses comportamentos, sentimentos e sintomas, assim como perceber o estado emocional do familiar identificando a possível interferência na decisão^{19,20}.

Caso os familiares manifestem o desejo pela doação de órgãos antes do fechamento do protocolo de ME, estes devem ser orientados quanto às normas e rotinas do processo, realizando o acompanhamento sistemático e após a doação, acompanhá-los até a liberação do doador para a família²².

Com o órgão ofertado e em boas condições, dá-se continuidade ao processo com a escolha do receptor que deve estar cadastrado em lista de espera. Seus dados devem ser mantidos atualizados, pois a qualquer momento pode surgir um doador compatível e que seja aceito pela equipe de transplante¹⁹.

2.4 Cenário Atual do Transplante no Brasil

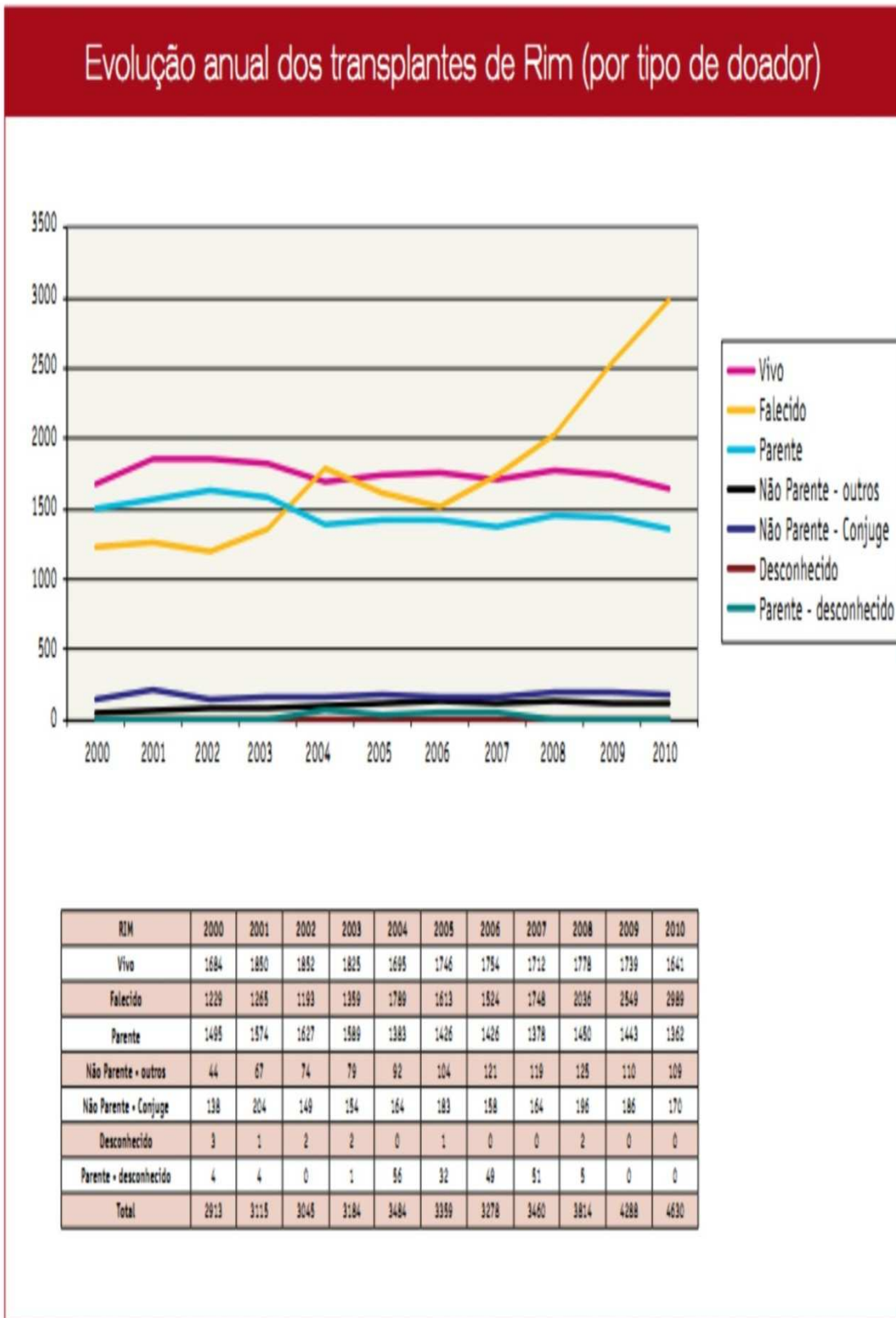
Para garantir a efetividade das ações vinculadas a este procedimento, o SUS financia todos os tipos de transplantes, além das medicações necessárias. É um dos países que mais destina recursos públicos ao transplante em proporção ao Produto Interno Bruto. Com esse incentivo, o Brasil se destaca hoje como um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos, ocupando o segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo^{1,6}.

Estudos apontam que mesmo com os incentivos financeiros destinados a esses procedimentos, vários fatores influenciam para a demora ou não realização da efetiva doação, onde se verifica, principalmente, que a disponibilidade de órgãos é muito menor do que a demanda para transplantes¹⁴.

Os dados do RBT apontam que em 2010 foram realizados 4.630 transplantes de rim no Brasil, um aumento de 8% em relação ao ano de 2009, o que corresponde a 9,6 doadores efetivos por milhão de população com órgãos transplantados²⁴.

Este resultado confirma o crescimento anual da taxa de doação no país desde 2007. Em relação ao número de notificações de potenciais doadores, observou-se o crescimento de 6,7% desta taxa e de 3,5% de efetivação da doação, resultando em aumento de 10,3% em relação ao ano anterior na taxa de doadores efetivos com órgãos transplantados. Houve aumento de 17,2% na taxa de transplante com doador falecido e queda de 5,7% com doador vivo²⁴. Apesar das restrições aos transplantes com doador vivo não parente e não cônjuge, a taxa aumentou levemente de 6,3% para 6,6% conforme revela a Figura 2.

Figura 2 - Evolução anual dos transplantes de rim no Brasil, 2000 a 2010.



Fonte: RBT 2010.

O estado de Pernambuco ocupou em 2010 a 8ª posição em número de transplantes de órgãos realizados no país, registrando 829 procedimentos realizados durante este ano, dentre os quais 178 renais, contando 6 unidades transplantadoras de rim²⁴.

Com o intuito de ampliar a realização de transplantes no Estado de Pernambuco, foi criada, em 2008, a Unidade Geral de Transplante (UGT) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

A UGT atualmente realiza transplantes de rim, fígado, captação de córnea e está habilitado para o de rim-pancrêas. O serviço conta com unidade de hemodiálise, ambulatório para usuários renais crônicos, CIHDOTT, e enfermaria com 36 leitos, que funciona também como hospital-dia.

O serviço alcançou a liderança nos anos de 2009 e 2010 com 241 transplantes renais desde a sua inauguração. Em 2010 foram realizados na instituição 93 transplantes de rim, dos quais 15 de doadores vivos e 78 de doadores falecidos²⁴.

Portanto, com o constante crescimento desta atividade, assim como de novas tecnologias voltadas para o cuidado, faz-se necessário incentivar o desenvolvimento e aprimoramento de metodologias de investigação dos serviços de saúde²⁵.

2.5 Avaliação em Saúde

O início do uso do conceito de avaliação nos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial a partir as atribuições que os economistas utilizaram

para analisar as diferentes áreas da educação, do emprego e da saúde do Estado, sendo estes considerados os pioneiros da avaliação dando propulsão para a criação de diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde²⁶.

No Brasil essas ações vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva. Surgiram desde a realização de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados^{27, 28}.

Dessa forma, a busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está exigindo cada vez mais qualidade dos serviços prestados, principalmente por órgãos públicos²⁷.

Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial tornando cada vez mais a necessidade da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde²⁷.

Para compreender o conceito de avaliação em saúde toma-se como definição o ato de fazer um julgamento de valor para fundamentar a tomada de decisões de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, servindo como dispositivo para a produção de informação²⁶.

Esta intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados dentro de um contexto e de um momento específico com a finalidade de modificar uma situação problemática²⁶.

Podem-se resumir as finalidades de uma avaliação em quatro principais objetivos: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico), fornecer informação para melhorar o decorrer de uma intervenção

(objetivo formativo), determinar os efeitos de uma intervenção para determinar se ele deve ser mantida, modificada ou interrompida (objetivo somativo) e contribuir para a ampliação dos conhecimentos (objetivo fundamental)²⁶.

Uma intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação: avaliação normativa e pesquisa avaliativa²⁹.

Na normativa é possível julgar cada um dos componentes da intervenção, comparando com os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos em relação a normas e critérios estabelecidos^{26,29}.

A avaliação da estrutura contém informações sobre a existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais, etc.) adequados. No processo são analisadas as atividades realizadas pelos provedores da intervenção, incluindo os componentes técnicos e as relações interpessoais. Já a análise dos resultados relaciona-se os efeitos e os produtos que as ações e os procedimentos provocam, de acordo com os objetivos da intervenção³⁰.

Essa tríade estrutura-processo-resultado constitui o modelo sistêmico da avaliação proposto por Donabedian (1988) sistematizado para avaliar a qualidade das ações³¹. Já na avaliação do tipo pesquisa avaliativa, busca-se examinar, por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção^{26,29}.

Com base na importância da avaliação das intervenções em saúde, considera-se a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca de resolubilidade e qualidade²⁷.

Para fundamentar os resultados da avaliação devem ser consideradas a pertinência (solidez da relação lógica entre os problemas a serem resolvidos e o objetivo da intervenção), a fundamentação teórica e a credibilidade (a depender da qualidade do procedimento de investigação ou de análise empregada)²⁹.

Como ferramenta para a aplicação da avaliação pode-se destacar a construção do modelo lógico da intervenção que permite aos gestores e avaliadores ter uma visão mais clara acerca do funcionamento do programa, buscando o entendimento do problema que se quer resolver, dos objetivos e dos resultados esperados, possibilitando identificar lacunas e resultados fora da realidade ou incoerentes³².

O modelo lógico é um instrumento eficaz para estabelecer alguns parâmetros consensuados entre os participantes da avaliação, indicando de maneira explícita ou tacitamente como os participantes concebem e compreendem a missão, modos de operar, principais problemas sobre os quais atuam e os resultados do programa ou serviço avaliado³³.

Para Medina²⁵:

“Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e de sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas”.

Ainda como recurso empregado como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, pode ser utilizada no campo da avaliação as matrizes de julgamento, objetivando traduzir como os seus componentes podem contribuir na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor³⁴.

A obtenção dos resultados obtidos de uma avaliação constitui uma ferramenta útil aos gestores para tomada de decisões e as informações produzidas podem contribuir

para o julgamento de uma determinada situação com maior validade. É com base nesta hipótese que se pretende institucionalizar a prática avaliativa na esperança de melhorar os serviços de saúde²⁹.

Dessa forma, este estudo propõe-se a avaliar o grau de implantação PNDCTOT na UGT do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) com base em dois componentes do programa: CIHDOTT e SLU, podendo subsidiar as mudanças ou ajustes necessários a sua implantação usando a avaliação normativa como instrumento, considerando que para assegurar a eficácia de uma intervenção, é necessário antes conhecer quais são suas características de implantação, ou seja, o grau de implementação e os fatores que favorecem sua dinâmica interna²⁶.

III. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- O Programa de Transplante Brasileiro como um dos mais exitosos do Sistema Único de Saúde, crescendo anualmente a sua utilização como terapia de escolha nos casos em que se aplique;
- A importância da normatização das ações relacionadas ao processo captação-doação de órgãos para transplante;

- Necessidade de realização da avaliação das ações da UGT do IMIP, para subsidiar a tomada de decisões;
- Carência de estudos para avaliar a implantação dos serviços que realizam este procedimento;
- A necessidade de institucionalização da avaliação nos serviços de saúde.

Este estudo é pertinente pela:

- A avaliação em saúde ser considerada como uma etapa necessária ao processo de implantação/implementação de políticas, programas e serviços de saúde;
- Possibilidade de contribuição pela construção de um modelo lógico de uma Unidade Transplantadora a outros serviços de saúde e novas pesquisas;
- Fornecimento de subsídios ao processo de avaliação em saúde visando melhorias e auxiliando na tomada de decisões;
- Relevância científica e social;
- Necessidade de identificação das potencialidades, limites e fragilidades do programa.

Dessa forma, tomando como base o referencial teórico, procura-se responder a seguinte pergunta:

- Qual o grau de implantação do PNDCTOT na UGT do IMIP?

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a implantação do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos nos componentes CIHDOTT e Sistema de Lista Única (SLU) na Unidade Geral de Transplante (UGT) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no ano de 2011.

4.2 Objetivos Específicos

- Construir o modelo lógico do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos (componentes: CIHDOTT e SLU);

- Elaborar Sistema de Pontuação (Matriz de Julgamento) com base no Modelo Lógico;
- Estimar o grau de implantação do programa nas dimensões estrutura e processo.

V. MÉTODOS

5.1 Desenho do Estudo

Estudo de corte transversal utilizando-se uma avaliação normativa para estimar o grau de implantação do PNDCTOT nas dimensões estrutura e processo dos componentes CHIDOTT e SLU da UGT do IMIP.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade Geral de Transplante (UGT) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), especificamente nos setores CIHDOTT e Ambulatório de Transplante Renal. A escolha destes setores deveu-se ao fato de suas ações e atividades estarem regulamentados pela Portaria nº 2600 (Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante) de 21 de outubro de 2009 nas seções destinadas a normatização dos componentes CIHDOTT e SLU do PNDCTOT³⁵.

O **IMIP, situado na cidade de Recife, PE**, atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. É centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas e na atenção terciária, realizando mais de 600 mil atendimentos anuais em seus serviços e dispendo de 918 leitos voltados para a população usuária do SUS³⁶.

No intuito de contribuir para a mudança no cenário de transplante no Estado de Pernambuco e de acordo com as políticas regionais do SUS, o IMIP inaugurou em abril de 2008, a Unidade Geral de Transplante (UGT) contando com 36 leitos.

Na unidade é realizada transplantes de rim, fígado e córneas, atendimento ambulatorial de referência, procedendo aos exames complementares, diagnósticos, orientações de tratamento e acompanhamento de pacientes que necessitem transplante de órgão ou que foram transplantados³⁶.

O presente estudo teve recorte no transplante renal, por ser realizado com mais frequência na unidade desde o início de suas atividades, com liderança no cenário estadual como unidade transplantadora desta modalidade.

5.3 Procedimentos para Coleta de Dados

A pesquisa foi constituída por duas etapas: a construção do modelo lógico e do sistema de pontuação e, em seguida, a determinação do grau de implantação.

Para a elaboração da versão preliminar do modelo lógico dos componentes CIHDOTT e SLU do PNDCTOT foram analisados documentos formais, normas, portarias e estudos.

A partir do modelo lógico foi construída a sistema de pontuação.

Para garantir a validade de conteúdo da construção do modelo lógico e do sistema de pontuação, foi aplicado a um painel de consenso com três especialistas da área de transplante e avaliação em saúde.

Para determinação do grau de implantação, foram realizadas entrevistas estruturadas com o auxílio de dois questionários (Apêndice 1 e 2), elaborado com base no modelo lógico e na sistema de pontuação consensuados. Foram analisados ainda relatórios de supervisão, relatórios anuais, protocolos, atas de reuniões, entre outros documentos. Em alguns momentos pôde-se realizar a observação direta de algumas ações efetuadas nos setores estudados, registrando-se os dados em diário de campo.

Foram entrevistados seis profissionais da UGT, sendo três da CIHDOTT (uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma assistente social) e três profissionais do ambulatório de transplante renal (uma enfermeira, uma enfermeira coordenadora da UGT e um médico especialista em transplante). Foi utilizado o critério de saturação para suspender a inclusão de novos participantes.

O período de coleta de dados foi compreendido entre março e julho de 2011.

5.4 Determinação do Grau de Implantação

O grau de implantação foi calculado através de atribuição de pontos para cada critério/indicador dos componentes avaliados (CIHDOTT e SLU).

O somatório da pontuação obtida dos critérios/indicadores foi comparado com o somatório da pontuação máxima estabelecida, resultando no escore final:

Escore final: $\frac{\square \text{ Pontuação obtida}}{\square \text{ Pontuação máxima}} \times 100$

\square Pontuação máxima

Classificando assim, a implantação em três estratos:

- Satisfatória: de 66,6% a 100%;
- Parcial: de 33,3% a > 66,6% e
- Incipiente: de 1% a > 33,3%.

5.5 Aspectos Éticos

Este estudo obedeceu a resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), garantindo-lhes assim a confidencialidade das informações e o seu anonimato (Apêndice 3 e 4). Foi do mesmo modo, autorizada a realização da pesquisa pelo Coordenador da Unidade Geral de Transplante do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (Anexo 1).

O projeto foi apreciado e recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP em 19 de janeiro de 2011, pelo protocolo nº 2213-11 (Anexo 2).

VI. RESULTADOS

6.1 Modelo Lógico e Sistema de Pontuação

A Figura 3 e os Quadros 1 e 2 mostram o resultado final do modelo lógico e do sistema de pontuação.

No modelo lógico o componente CIHDOTT foi desmembrado em três subcomponentes: Diagnóstico de ME, Abordagem Familiar e Educação Permanente e o componente SLU em quatro: Ambulatório de Transplante Renal, Seleção do Receptor, Seleção de Potenciais Doadores Falecidos e Seleção de Doador Vivo.

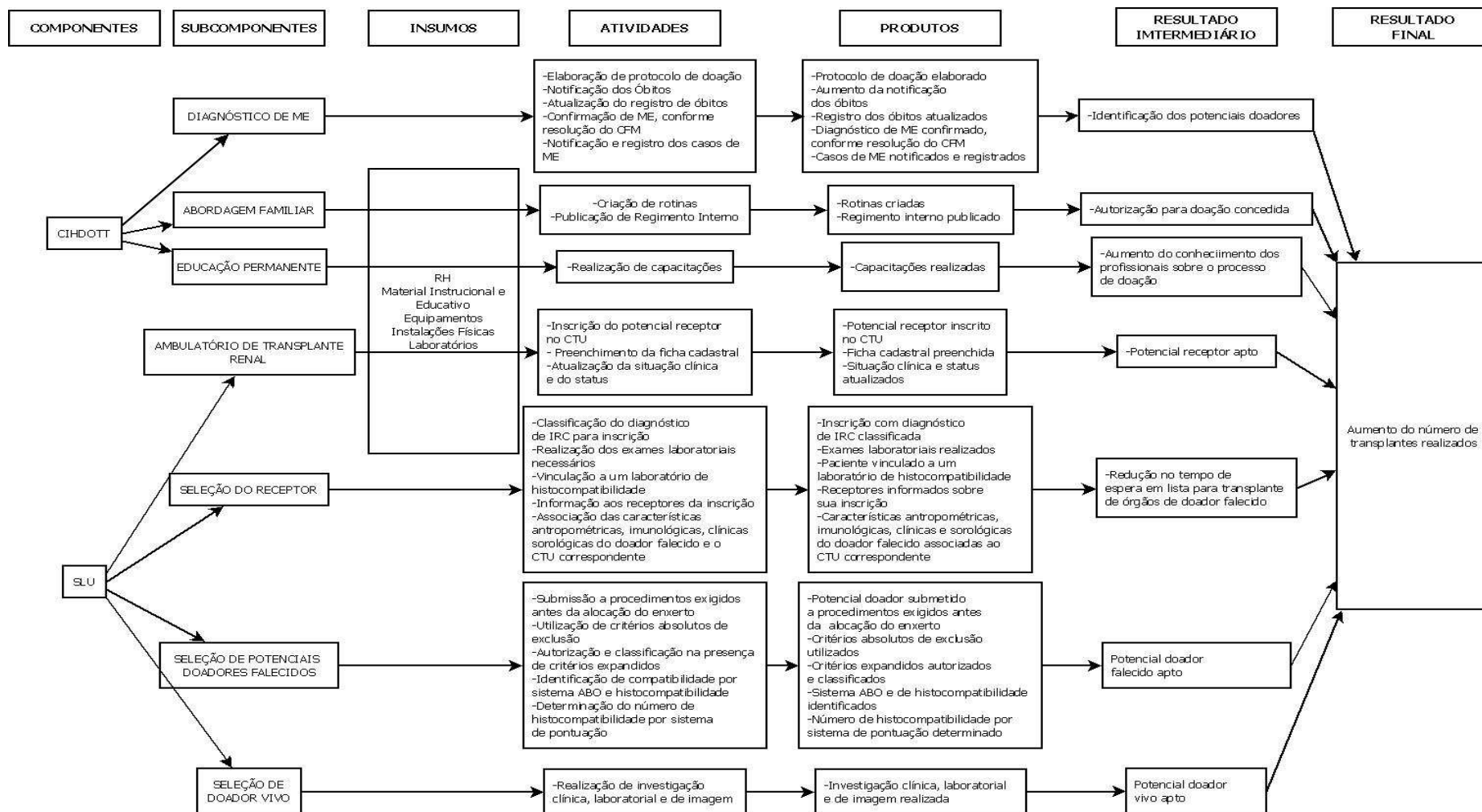
Foi instituída a necessidade dos insumos: recursos humanos (RH), material instrucional e educativo, equipamentos, instalações físicas e laboratório para os dois componentes.

Cada subcomponente gerou suas respectivas atividades indispensáveis para atingir os produtos desejáveis. No total foram criadas oito atividades e produtos para o componente CIHDOTT dos quais alcançaram três resultados intermediários para estes. E, 14 (catorze) atividades e produtos determinando quatro resultados intermediários do componente SLU.

Todas as atividades, produtos e resultados intermediários promovem a execução de um resultado final que é o aumento do número de transplantes realizados.

A partir de algumas atividades elencadas como indispensáveis para as ações dos componentes escolhidos do PNDCTOT foi elaborado o sistema de pontuações, estabelecendo critérios/indicadores que indiquem a correta execução dessas atividades.

Figura 3 - Modelo Lógico do Programa Nacional de Transplantes.



QUADRO 1: Sistema de Pontuação do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, componente CIHDOTT.

DIMENSÃO	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	VALOR MÁXIMO ESPERADO (150 PONTOS)	DESCRIÇÃO DO VALOR
ESTRUTURA				
	Composição da equipe	Composição mínima de três funcionários da instituição, dos quais, um médico ou enfermeiro deverá ser o Coordenador	10	Equipe completa= 10 pontos Equipe incompleta = 0 pontos
	Espaço físico	Espaço físico adequado para o gerenciamento e armazenamento das informações e conforto para os profissionais e família doadora	10	Sala própria, confortável*, mesa, cadeiras e armários= 10 pontos Sala própria sem conforto, mesa, cadeiras e armários = 05 pontos Sala compartilhada sem conforto e mobiliário incompleto= 0 pontos
	Equipamentos e materiais de expediente	Equipamentos (computador, fax, internet, impressora e telefone) e materiais de expediente (fichas, papel, tinta de impressora, pastas e materiais educativos) em quantidade suficiente	10	Todos equipamentos e materiais de expediente em quantidade suficiente= 10 pontos Equipamento incompleto e materiais de expedientes insuficientes= 0 pontos Nenhum equipamento e materiais de expediente= 0 pontos
	Laboratório	Existência de laboratório próprio ou conveniado para a realização dos exames necessários do potencial doador	10	Presença de laboratório próprio/conveniado e realiza todos os exames=10 pontos Presença de laboratório próprio/conveniado e não realiza todos os exames=10 pontos Sem laboratório próprio ou conveniado e não realiza nenhum exame= 0 pontos
	Protocolo assistencial de doação de órgãos e diagnóstico de ME	Protocolo de assistencial de doação de órgãos e diagnóstico de ME elaborado	10	Sim= 10 pontos Em elaboração= 05 pontos Não= 0 pontos

Regimento interno	Regimento interno publicado	10	Sim= 10 pontos Em publicação= 05 pontos Não= 0 pontos
Rotinas de abordagem e acolhimento	Rotinas de abordagem e acolhimento criadas	10	Sim= 10 pontos Em andamento= 05 pontos Não= 0 pontos
PROCESSO			
Confirmação de ME	Casos de ME confirmados segundo resolução do CFM	20	100% =20 pontos 75 % a 99%=15 pontos 50 a <75%= 10 pontos < 50%= 0 pontos
Exames laboratoriais do potencial doador	Exames laboratoriais e de histocompatibilidade realizados	20	Sim= 20 pontos Não= 0 pontos
Notificação dos óbitos	Óbitos notificados a equipe da CIHDOTT por todos os setores imediatamente após o ocorrido	20	Realizada pelos setores=20 pontos Realizada por busca ativa=10 pontos Não realizada= 0 pontos
Registro dos óbitos	Registro dos óbitos atualizados permanentemente	20	Sim=20 pontos Não= 0 pontos

*Foi considerado confortável o ambiente que apresenta componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço (cor, cheiro, som, morfologia, privacidade, individualidade, entre outros), contribuindo significativamente no processo de produção de saúde³⁷.

QUADRO 2: Sistema de Pontuação do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, componente SLU.

DIMENSÃO	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	VALOR MÁXIMO ESPERADO (150 PONTOS)	DESCRIÇÃO DO VALOR
----------	------------------------	--------	--	--------------------

ESTRUTURA

Espaço físico	Espaço físico adequado para o armazenameto dos documentos, cadastro dos pacientes e atendimento clínico.	20	Sala própria, confortável*, mesa, cadeiras e armários= 20 pontos Sala própria sem conforto, mesa, cadeiras e armários = 10 pontos Sala compartilhada sem conforto e mobiliário incompleto= 0 pontos
Equipamento e material de expediente	Equipamentos (computador, fax, internet, impressora e telefone) e materiais de expediente (fichas, papel, tinta de impressora, pastas e materiais educativos) em quantidade suficiente.	20	Todos equipamentos e materiais de expediente em quantidade suficiente= 20 pontos Equipamento incompleto e materiais de expedientes insuficientes= 10 pontos Nenhum equipamento e materiais de expediente= 0 pontos
Laboratório	Existência de laboratório próprio ou conveniado para a realização dos exames necessários para inscrição em lista.	20	Presença de laboratório próprio/conveniado e realiza todos os exames=20 pontos Presença de laboratório próprio/conveniado e não realiza todos os exames=10 pontos Sem laboratório próprio ou conveniado e não realiza nenhum exame= 0 pontos

PROCESSO

Ficha de cadastro	Ficha preenchida com todos os dados necessários.	15	Ficha completa= 15 pontos Ficha incompleta= 0 pontos
Inscrição de potenciais receptores	Utilização de critérios para inscrição obedecendo a classificação de IRC.	15	Sim= 15 pontos Não= 0 pontos
Exames laboratoriais do potencial receptor	Exames laboratoriais, de histocompatibilidade e sistema ABO realizados.	15	Exames realizados= 15 pontos Existência parcial de exames= 10 pontos Exames não realizados= 0 pontos

Critérios de exclusão	Critérios absolutos de exclusão utilizados.	15	Sim=15 pontos Não=0 pontos
Seleção de potencial doador	Exame de histocompatibilidade e sistema ABO identificados para seleção.	15	Sim=15 pontos Não=0 pontos

*Foi considerado confortável o ambiente que apresenta componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço (cor, cheiro, som, morfologia, privacidade, individualidade, entre outros), contribuindo significativamente no processo de produção de saúde³⁷.

6.2 Avaliação do Grau de Implantação

Os resultados da avaliação normativa da UGT e de seus componentes estão resumidos na Tabela 1.

Componente CIHDOTT

Os resultados obtidos na dimensão estrutura da CIHDOTT foram divididos em relação aos recursos humanos (composição da equipe), estrutura física e insumos (espaço físico, equipamentos e materiais de expediente e laboratório) e normatização (protocolos, regimento interno e rotinas).

Quanto aos recursos humanos foi observada a existência da composição exigida. Possui 1 enfermeira, 1 assistente social, 1 médico que exerce a coordenação e 4 técnicos de enfermagem, sendo todos funcionários formalmente vinculados à instituição.

Em relação ao espaço físico, o setor era constituído por uma sala própria com dois ambientes (recepção e repouso dos funcionários) sendo adequado para o armazenamento das informações, permitindo a intercomunicação entre os diversos participantes do processo contendo o mobiliário completo (mesas, cadeiras e armários). Porém, não apresenta conforto para os familiares do potencial doador, sendo inadequada para o acolhimento destes, apresentando 5 pontos neste critério.

Quanto aos equipamentos, o setor possuía uma impressora, um computador com acesso a internet, uma ramal telefônico fixo, uma linha telefônica celular exclusiva e um

aparelho de fax, recebendo assim pontuação máxima quanto aos insumos e equipamentos necessários para a realização das atividades.

Os materiais para expediente encontravam-se em quantidade suficiente como: fichas de notificação, papel, tinta de impressora e pastas, contando ainda com material instrucional e educativo como cartazes, folders, banners, revistas, *gibis*, folhetos com linguagem acessível sobre doação de órgãos e principais dúvidas, camisetas e bottons para a realização de palestras, campanhas, capacitações e cursos.

Com presença de laboratório próprio, indicou-se que há provisão dos exames laboratoriais e de histocompatibilidade do potencial doador para fins de transplante.

A normatização das ações e atividades foi evidenciada através da existência do protocolo assistencial de doação de órgãos e diagnóstico de ME elaborado, de regimento interno próprio publicado e da existência de rotinas para abordagem e acolhimento às famílias dos potenciais doadores.

Conforme a pontuação obtida à dimensão estrutura do componente CHIDOTT da UGT apresentou grau de implantação satisfatório com 92,9%.

No que se refere à avaliação do processo da CIHDOTT foi possível verificar que todos os casos de ME são confirmados conforme a Resolução nº 1.480/97 do CFM²¹, mesmo daqueles que não se tratam de possíveis doadores de órgãos, ou que a doação não seja efetivada, com registro da não doação.

O critério viabilização da realização dos exames de histocompatibilidade e do sistema ABO no potencial doador correspondeu ao recomendado³⁵.

Quanto à notificação pelos profissionais de saúde dos óbitos por outras causas ocorridos nos setores do hospital, esta não é feita de maneira sistemática logo após o

acontecido, mesmo daqueles que a doação possível seja apenas de córnea, perdendo-se assim a probabilidade da captação e transplante.

Na maioria das vezes os óbitos são notificados por busca ativa realizada pelos funcionários da CIHDOTT. Dessa forma a notificação dos óbitos da instituição não correspondeu à pontuação máxima, sendo atribuído 10 pontos a este item.

A manutenção do registro dos óbitos ocorridos no hospital também é feita por busca ativa. A análise dos documentos e registro dos óbitos é mantida atualizada permanentemente, obedecendo a pontuação máxima estipulada a este critério.

As pontuações obtidas na dimensão processo do componente CIHDOTT da UGT indicam que a implantação foi de 93,7% das ações de acordo com o preconizado, sendo estratificado como satisfatória.

Como um todo, o componente CIHDOTT apresentou grau de implantação satisfatório, com 93,3% dos critérios preenchidos. Somente os critérios espaço físico, que se mostrou inadequado para o acolhimento familiar e notificação imediata por parte dos profissionais de saúde dos óbitos ocorridos em seus respectivos setores, não apresentaram a pontuação máxima.

Componente Sistema de Lista Única

Em relação à estrutura, o espaço físico mostrou-se adequado para o armazenamento dos documentos e cadastro dos pacientes, assim como para a realização de atendimento clínico, contendo mesas, cadeiras e armários.

Os materiais de expediente são suficientes para atender as necessidades com às atividades desenvolvidas.

Em relação aos equipamentos, verificou-se que não há linha telefônica fixa e aparelho de fax exclusivo para o setor, atribuindo-se assim pontuação parcial para este indicador.

A instituição possui laboratório próprio para a realização dos exames necessários para a inscrição dos potenciais receptores na lista de espera. Também conta com convênio a um laboratório para a realização do exame de histocompatibilidade.

Portanto, a dimensão estrutura do componente SLU da UGT foi avaliada com grau de implantação satisfatório com 83,3% das ações implantadas.

O grau de implantação da dimensão processo do SLU foi composto pelos subcomponentes extraídos do modelo lógico: potencial doador e potencial receptor.

O preenchimento completo da ficha cadastral do potencial receptor foi considerado adequado, assim como a realização da classificação do diagnóstico de IRC de acordo com os critérios estabelecidos pelo SNT.

Os exames necessários para inscrição do potencial receptor eram realizados e todos os pacientes estavam vinculados a um laboratório de histocompatibilidade.

Os processos de entrega da comprovação da inscrição no Cadastro Técnico Único (CTU) por escrito, obtenção das informações sobre riscos e benefícios do tratamento, esclarecimento específico sobre os critérios de distribuição do órgão, orientações gerais sobre responsabilidade do paciente para a manutenção atualizada de

seu cadastro e instrução sobre acesso à sua posição em lista pela internet, eram realizados a todos os pacientes. A este critério qualificou-se pontuação máxima.

Os critérios absolutos de exclusão estabelecidos eram utilizados e realizada a seleção de acordo com a identificação do sistema ABO e do exame de histocompatibilidade em todos os possíveis doadores.

Com todas as pontuações máximas obtidas, a dimensão processo do SLU da UGT foi avaliada com grau de implantação satisfatório com 100% das ações executadas conforme os padrões estabelecidos.

Assim, o SLU da UGT nas dimensões estrutura e processo apresentaram implantação satisfatória, atingindo também 93,3% dos parâmetros estabelecidos. Evidenciou-se apenas a falta de alguns equipamentos necessários para o exercício das atividades do ambulatório de transplante renal.

De acordo com as pontuações obtidas e a graduação da implantação nas dimensões estrutura e processo dos componentes CIHDOTT e SLU, a UGT está implantada satisfatoriamente e suas ações correspondem às exigidas pelo SNT em 93,3%.

Tabela 1: Pontuações obtidas e grau de implantação dos componentes CIHDOTT e SLU: dimensão estrutura e processo.

COMPONENTE	DIMENSÃO	CRITÉRIO/INDICADOR	PONTUAÇÃO OBTIDA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
CIHDOTT	ESTRUTURA	RECURSOS HUMANOS			
		Composição da equipe	10	10	
		ESTRUTURA FÍSICA E INSUMOS			
		Espaço físico	5	10	
		Equipamentos e material de expediente	10	10	
		Laboratório	10	10	
		NORMATIZAÇÃO			
		Protocolos	10	10	
		Regimento interno	10	10	
		Rotinas	10	10	
		TOTAL	65 (92,9%)	70	
		PROCESSO	DIAGNÓSTICO DE ME		
			Confirmação de ME	20	20
			Exames laboratoriais do potencial doador	20	20
NOTIFICAÇÃO E REGISTRO					
Notificação dos óbitos	15		20		
Registro dos óbitos	20		20		
TOTAL	75 (93,7%)		80		
TOTAL GERAL		140 (93,3%)	150		
SLU (SISTEMA DE LISTA ÚNICA)	ESTRUTURA	ESTRUTURA FÍSICA E INSUMOS			
		Espaço físico	20	20	
		Equipamentos e material de expediente	10	20	
		Laboratório	20	20	
	TOTAL	50(83,3%)	60		
	PROCESSO	POTENCIAL RECEPTOR			
		Ficha de cadastro	15	15	
		Incrição de potencial receptor	15	15	
		Exames laboratoriais do potencial receptor	15	15	
	Comprovação de inscrição	15	15		

POTENCIAL DOADOR

Critérios absolutos de exclusão	15	15
Seleção de potencial doador	15	15
TOTAL	90 (100%)	90
TOTAL GERAL	140 (93,3%)	150

]

€

§

€

]

€

§

:

Grau de implantação satisfatório,

Grau de implantação parcial e

Grau de implantação incipiente.

VII. DISCUSSÃO

A construção de um modelo lógico amplo neste estudo, envolvendo um grande número de atividades, permitiu maior clareza na explicitação dos objetivos, conteúdos e recursos necessários para a execução das ações do PNDCTOT.

A utilização do modelo trouxe o arcabouço do PNDCTOT, levando a ampliação do entendimento dos componentes CIHDOTT e SLU, permitindo a identificação da importância que cada atividade desempenha na busca de alcançar o resultado esperado.

Elaborou-se a representatividade da intervenção contendo a descrição dos componentes do programa, os serviços relacionados e as práticas requeridas para a execução de seus componentes e os resultados esperados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população estudada e organização dos serviços²⁵.

Não se abstendo da importância dos demais componentes do PNDCTOT, foi dada ênfase aos componentes CIHDOTT e SLU por se tratarem do primeiro contato para a efetivação do transplante, tanto para o doador, quanto para o receptor, sendo a partir da captação/doação executada corretamente e da inscrição completa do potencial receptor, que o doador e o receptor tornam-se aptos.

Com o sistema de pontuação, foi possível mensurar e comprovar se as atividades foram realizadas conforme o explicitado, ou seja, se o que foi planejado, realmente ocorreu, servindo como estratégia de investigação²⁵.

O sistema estabeleceu os parâmetros para que fossem avaliados os 19 critérios/indicadores, fundamentando a técnica de análise, levantamento e coleta dos dados para a obtenção do grau de implantação.

A escolha dos indicadores imprescindíveis que descrevessem melhor o programa foi configurada por meio das sugestões dos especialistas, análise documental e visitas ao local.

Em relação escolha dos indicadores de estrutura, ressalta-se que foram estabelecidos os critérios/indicadores: espaço físico, equipamentos e materiais de expediente e laboratório para os dois componentes. Porém, o espaço físico divergiu nos parâmetros estabelecidos, pois foram consideradas as características específicas para o desenvolvimento das atividades em cada setor avaliado.

A aplicação do consenso no processo de construção dos dois instrumentos utilizados para a avaliação no presente estudo corrobora o que Medina²⁵ refere a esta técnica, a qual não só permite a ampliação da possibilidade de validade dos critérios/indicadores, como também, confere maior legitimidade aos processos avaliativos.

Apesar da técnica utilizada, a investigação limitou-se devido ao uso dos instrumentos elaborados somente a uma instituição, refletindo na fragilidade da mensuração da aplicabilidade dos mesmos.

Ressalta-se que para a qualificação do grau de implantação da UGT, levou-se em consideração para este estudo o que consta em literatura sobre o desenvolvimento das atividades de captação e transplante de órgãos e tecidos, a qual relata que estas ações podem ser interferidas por vários fatores, incluindo desde o desempenho na identificação do potencial doador, a forma empregada na entrevista familiar e a organização dos serviços de saúde locais.

Encontram-se também outras referências que descrevem que fatores como a escassez de recursos, precária infra-estrutura e ausência de pessoal qualificado

disponível para manter vivos, por 48 ou 72 horas os pacientes com morte cerebral, culminam na perda de um potencial doador por falha no reconhecimento do diagnóstico de ME^{1,2,8,38}.

Ainda afirmam, que a falta de informações quanto aos aspectos éticos, morais e legais que permeiam a confirmação do diagnóstico de ME encontram-se como obstáculos para a confirmação do potencial doador^{1,2,8,38}.

Alguns desses fatores foram identificados na instituição avaliada como será descrito a seguir.

Em relação ao espaço físico da CIHDOTT, a presença de um ambiente específico, facilita a abordagem com mais qualidade à família doadora, proporcionando o acolhimento e conforto. O que não foi verificado neste setor, sendo este requisito considerado fundamental para o consentimento à doação, contribuindo para as negativas familiares no momento da doação¹.

O acolhimento não está implicado apenas com a estrutura física ofertada, mas como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, passando a considerar as situações que são construídas dentro dele, definidas como ambiência na Política de Humanização proposta pelo MS, estando esta em processo de construção nos serviços de saúde do país³⁷.

Esta política prevê que os espaços devem visar à privacidade e confortabilidade dos sujeitos envolvidos como um dos eixos desta estratégia, podendo ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado³⁷.

No presente estudo a ausência de um sofá, poltrona ou outro móvel que proporcione um maior conforto no momento da abordagem familiar, assim como a incorreta separação do repouso dos funcionários com móveis e equipamentos para o armazenamento das informações do local reservado para a entrevista serviu de embasamento para classificar como um déficit na estrutura física conforme o preconizado.

Ainda em relação à estrutura, a verificação da correta utilização de móveis, pastas, armários, entre outros, para o armazenamento das informações, reforça o quanto é significativo que seja realizada de maneira organizada esta ação, principalmente no arquivamento em pastas individualizadas as informações dos dados necessários sobre o processo da doação, transplante e pós-transplante por doador e receptor. Esta atividade também já foi evidenciada em alguns centros transplantadores do país¹.

São nessas pastas que poderão ser retirados os dados para localizar o candidato a um transplante ou sobre o provável doador, ou ainda, sobre o acompanhamento após a cirurgia, devendo desta forma, estar de fácil acesso para o momento da utilização, de maneira o mais visível possível e organizada, podendo estar em ordem alfabética ou por data de transplante como foi observado nesta avaliação.

A presença na CIHDOTT da UGT do IMIP de uma equipe completa, com regime de plantão de 24 h realizando busca ativa permanente na instituição confronta com a prática encontrada na grande parte dos hospitais notificadores que não possuem suas comissões em efetivo funcionamento; ou elas estão em atividade apenas em horário comercial¹.

A busca ativa realizada pelos técnicos da comissão em horário regular faz com que a transmissão da ocorrência imediata do óbito à CIHDOTT por telefone ou outros meios não seja efetuado pelos profissionais de saúde do serviço.

Esta subnotificação prejudica a captação dos órgãos e tecidos, mais especificamente de córnea. Porém, mesmo que não seja viável para transplante, esta ciência de forma espontânea e frequente à CIHDOTT deve ser realizada. Devendo assim, este exercício ser intensificado pelos profissionais responsáveis.

Ainda em relação aos recursos humanos, a existência na comissão de profissionais com os seus papéis e rotinas de trabalho formalmente definidos, além de intensificar a correta abordagem familiar, reflete na minimização da recusa familiar da doação.

Estima-se que somente cerca de 20% dos potenciais doadores cadavéricos tornam-se doadores efetivos. A decisão da família neste ponto do processo deve ser respeitada, sendo, este momento, considerado estressante e traumático para os familiares, podendo durar horas ou dias. Nessa ocasião, deve ser realizada a entrevista e acolhimento a esta família. Essa abordagem é bastante delicada e deve ser feita por profissionais treinados e habituados com esse momento tão difícil^{5,14,23}.

A utilização de protocolos, rotinas de abordagem familiar e de regimento interno sobre o processo de transplante, destacam como fatores relevantes para tornar essas etapas e as exigências do processo de doação mais explícitas.

Essa normatização facilita a identificação dos possíveis doadores, substanciando as atividades de cada membro da equipe e as etapas a serem seguidas, sem dar margens a eventuais dúvidas.

O diagnóstico de todos os casos de ME conforme a resolução n° 1.480 de 1997 do CFM²¹ é evidenciado neste estudo, verificando que o seguimento de protocolos e normas aumentam a possibilidade de doações após a realização dos procedimentos e exames estabelecidos pelos mesmos.

Soma-se ainda ao bom desenvolvimento desta etapa, a presença de um laboratório próprio e equipamentos adequados para a realização a qualquer hora de todos os exames solicitados.

Quanto ao SLU, deve-se dar ênfase que a falta da disponibilidade de equipamentos verificada no ambulatório de transplante, pode dificultar ou mesmo impedir a realização do cadastro do potencial receptor no CTU, gerando atraso do envio das informações contribuindo para o aumento do tempo na fila de espera, refletindo em mais um obstáculo para a execução do transplante.

A integridade e disponibilidade dos dados cadastrais dos candidatos a transplante nos sistemas de informação são de fundamental importância para estes pacientes, principalmente nos dados essenciais para a imediata identificação como: nome, nome da mãe, data de nascimento, endereço e telefone para contato mantido atualizado.

Mais do que uma necessidade que esses dados estejam presentes, é um direito a eles atribuídos. A existência de dados corretamente atualizados, íntegros e disponíveis é a garantia de que poderão ser considerados aptos no momento da geração das listas de prováveis receptores dos órgãos doados¹.

A entrega da confirmação da inscrição em lista de espera por escrito e o livre acesso a todas informações inerentes ao processo de transplante, riscos e benefícios e sua posição na lista pela internet, se reflete como um ato de respeito, de humanização da

atenção e possibilita ao paciente conhecer os procedimentos a que poderá ser submetido.

Após etapa seguida de forma satisfatória, ressalta-se a verificação da compatibilidade por sistema ABO e de histocompatibilidade antes da alocação do enxerto, podendo vir a tornar menos provável à ocorrência de rejeição, aumentando assim a sobrevida do paciente.

Também é considerada para a minimização da rejeição, a utilização de critérios de exclusão e a seleção de potenciais doadores cadavéricos ou vivos após análise e descarte de situações de risco que possam interferir na eficácia do transplante. Esse conjunto de cuidados é executado na instituição estudada.

Portanto, a execução de todas as atividades de forma correta, possui a finalidade de manter o serviço apto no momento do surgimento da possível captação e doação, fazendo que o serviço desempenhe a missão a que se propôs.

VIII. CONCLUSÃO

A construção do modelo contribuiu para um melhor entendimento do programa e ampliou a concepção da lógica das ações prioritárias para o bom desenvolvimento do processo de transplante e de seus resultados. Espera-se que a partir deste desenho lógico sejam desenvolvidos outros estudos voltados a esse tema de forma aprofundar os conhecimentos desta importante área.

Observou-se que os dois instrumentos (modelo lógico e sistema de pontuação) aplicados para a obtenção do grau de implantação da do PNDCTOT na UGT do IMIP e a metodologia utilizada mostraram-se adequados para responder aos objetivos propostos e os resultados foram encontrados de acordo com o esperado.

Em relação às ações desenvolvidas pela CIHDOTT, conclui-se que estão, em sua maioria, de acordo com as exigidas em portaria específica. É pertinente a sugestão de medidas mais eficazes para intensificar a notificação de todos os óbitos do hospital, para

que não sejam perdidos possíveis doadores pela simples falta de informação ao setor responsável.

A rotina de abordagem familiar é bem estabelecida entre os funcionários da comissão, estando fundamentada pela normatização existente na instituição. Porém, a falta de um ambiente acolhedor desfavorece a possível permissão da família à doação.

Por esse motivo, deve ser criado um espaço apropriado para o desenvolvimento desta atividade de forma mais apropriada e confortável para a entrevista familiar, visando que este déficit que não possa vir a interferir a autorização.

A subnotificação dos óbitos pode ser revertida através da intensificação de capacitações oferecidas aos profissionais responsáveis por esta informação, reforçando o quanto é valiosa a participação de todos para o sucesso do transplante e que é relevante que nenhum dado seja omitido.

Quanto à falha evidenciada no cumprimento das exigências para o pleno exercício das atividades do SLU, recomenda-se a aquisição dos equipamentos necessários para que o ambulatório de transplante renal execute as suas atribuições de maneira mais eficiente. Enfatiza-se que a ausência destes pode prejudicar o envio e manutenção das informações imprescindíveis para o processo de transplante.

É pertinente salientar que mesmo com o bom desenvolvimento das atividades deste setor, deve-se permanecer investindo em capacitações e aperfeiçoamento dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha cadastral do CTU, assim como para toda a equipe envolvida no processo de transplante, buscando a conservação dos bons resultados obtidos.

Recomenda-se que os resultados desta pesquisa, sirvam de estímulo para a melhoria da qualidade do serviço produzido.

A partir dos achados e das reflexões decorrentes do desenvolvimento do presente estudo, é possível fornecer aos gestores responsáveis as proposições que poderão realizar as mudanças pertinentes com vistas a superar os obstáculos identificados e aumentar o número de transplantes realizados, contribuindo assim, para a efetiva redução das listas de espera pelo tratamento.

IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo de construção do desenho lógico, deparou-se com dificuldades relacionadas à complexidade do programa, pois o mesmo abrange diversos aspectos do processo de doação/captação/transplante, o que não auxilia na sintetização e priorização das atividades.

Essa limitação gerou dúvidas quanto à escolha das ações imprescindíveis e a exclusão de outras, para que não fosse produzidas alterações no resultado esperado do programa, tornando de certa maneira árdua a tarefa de descrever e resumir a sua representação lógica.

Elaborar a seleção dos critérios/indicadores do sistema de pontuação requereu constantes dúvidas para que pudesse ser formulada a melhor estratégia para definir os níveis e atributos para as atividades preconizadas.

Com o uso do painel de consenso para definição dos instrumentos de avaliação proporcionou a reflexão dos participantes sobre a importância dos seus componentes, dando a flexibilidade para que pudesse ser realizadas mudanças à luz dos conhecimentos trazidos pelos especialistas.

Ressalta-se que esta etapa foi considerada de grande valor para este estudo, apesar das limitações encontradas na aceitação de todos os convites de participação na pesquisa.

A ausência de estudos avaliativos nesta área de procedimentos complexos pode-se considerar do ponto de vista acadêmico, esta avaliação como pioneira, o que torna a iniciativa de extrema relevância para que se dê o passo inicial da inclusão desta prática nos serviços de saúde que executem as ações do PNDCTOT.

Dessa forma, sabendo que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais abre caminhos para novas perguntas, provocando mais dúvidas que por vezes respondidas ou não naquele espaço de tempo determinado, vindo a nunca terminar realmente. Deixa-se como marco desta pesquisa o incentivo para que outras possam responder as questões que esta não pôde alcançar²⁶.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Relatório de Avaliação de Programa: Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Brasília, DF; 2006.
2. Marinho A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(10): 2229-2239
3. **Silva Neto ML.** Fatores de Risco para Infecções em Transplante Renal. [Dissertação]. Goiânia: Universidade Católica de Góias; 2006. 92 p.
4. Riella MC. Manejo Clínico do Transplante Renal. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólicos. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003. p. 944-53.
5. Campo JM. **Bioética e Lei dos Transplantes de Órgãos. Central de Transplante de Pernambuco** [online]. Pernambuco; 2010. [acesso 15 ago 2010]. Disponível em: www.transplantes.pe.gov.br/arquivos/lei_bioetica.doc

6. Boing JS. Avaliação do Desempenho do Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante no Estado de Santa Catarina, 2006-2007. [Dissertação]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2008. 121 p.
7. Guerra CICO, Bittar OJNV, Siqueira MR, Araki F. O custo que envolve a retirada de múltiplos órgãos. São Paulo. Revista da Associação Médica Brasileira. 2002; 48 (2):156-162
8. Gomes FBC. Critérios Legais e Equidade no Acesso a Órgãos para Transplante no Brasil. [on line]. Caderno Aegis. Brasília, DF; 2007; n 32. [acesso 23 out 2010]. Disponível em: http://aslegis.org.br/images/stories/cadernos/2007/caderno32/cad_32_3.pdf
9. Brasil. Senado Federal. Lei nº 4.280, de 6 de Novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. Brasília. [acesso em 10 ago 2010]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4280-6-novembro-1963-353353-publicacaooriginal-1-pl.html>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. [acesso em 10 ago 2010]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1968/5479.htm>
11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Constituição Federal de 1988. Institui um Estado Democrático destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias. [acesso em 10 ago 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
12. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.489, de 19 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. [acesso em 10 ago 2010]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13494
13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 9.434, de 4 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. [acesso em 10 ago 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm

14. Coelho JCU, Cilão C, Parolin NB et al. Opinião e Conhecimento da População da Cidade de Curitiba Sobre Doação e Transplante de Órgãos. Paraná. Revista da Associação Médica Brasileira. 2007 [acesso em: 23 out. 2010]; 53(5): p.421-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a18v53n5.pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplante. [on line]. Brasília; 2011 [acesso em: 05 jul. 2011]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.407, em 5 de agosto de 1998. Aprova o Regulamento Técnico, que com esta se publica, para disciplinar as atividades de transplantes. [acesso em 10 ago 2010]. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/11461-3407.html?q=>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 905, de 16 de agosto de 2000. Estabelece que a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes passa a integrar o rol das exigências para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II e III, estabelecidos pela Portaria GM nº 3.432 de 12 de agosto de 1998 e para inclusão de Hospitais no Sistema de Referência Hospitalar em atendimento de Urgências e Emergências nos tipos I, II e III fixados pela Portaria GM nº 479 de 15 de abril de 1999. [acesso em 10 ago 2010]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm>
18. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.201, em 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". [acesso em 10 ago 2010]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12847
19. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Manual de Transplante Renal. Ed. Grupo Lops de Comunicação Ltda.; 2009. 32 p.
20. Santos M J, Massarollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto; 2005: vol.13 (3). p. 382-7.
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.480 de 1997. Estabelece os critérios de ME. [acesso em 29 de mar 2011]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm

22. Secretaria da Saúde do estado da Bahia. Rotinas do Transplante no Estado da Bahia. Diagnóstico de ME e Manutenção do Potencial Doador. Salvador; 2007. 40 p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 1262/2006. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). [acesso em 29 de mar 2011]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/734-1262>
24. **Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplante. São Paulo; 2010: 16 (4). 47 p.**
25. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 41-64.
26. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz;1997. p. 29-48.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Caderno do Programa Nacional de avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS- para estabelecimentos dos serviços de saúde. Brasília; 2004.49 p.
28. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2006: 11(03): 705-711.
29. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro; 2006: 11(3).
30. Minayo MCS. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: Bosi MLM, Mercado FJ (Org.). Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006. p. 163-90.
31. Donabedian A. The Quality of care - How cant be assessed? Jama; 1988: 260 (12). p. 1743-48.

32. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (Org.). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. 1ª ed. Recife: Editora Científica; 2010. p. 65-78.
33. Furtado JP. Avaliação para conhecimento e transformação. In: Bosi MLM, Mercado FJ (Org.). Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006. p. 191-206.
34. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (Org.). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. 1ª ed. Recife: Editora Científica; 2010. p. 89-108.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. [acesso em 29 mar 2011]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101249-2600.html>
36. **Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Pernambuco. Quem somos.** [acesso em 29 mar 2011]. Disponível em: <http://www.imip.org.br/>
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2.ª edição. Brasília, 2010. 39 p.
38. Schirmer J, Leite F, Kian FM et al. Legislação sobre doação de órgãos e tecidos: o que pensam os profissionais de UTI? J Bras Transpl; 2006; 9. p. 469-473.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO 1

COMPONENTE CIHDOTT

Identificação do entrevistado:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Função: _____ Formação: _____

MODALIDADE DE CIHDOTT

Tipo I () Tipo II () Tipo III ()

EQUIPAMENTOS

1. O setor possui computador exclusivo?

1.1 Se SIM quantos?

2. O setor possui impressoras?

2.1 Se SIM quantas?

3. O setor possui telefone exclusivo?

3.1 Se SIM quantos?

4. O setor possui FAX?

4.1 Se SIM quantos?

5. O setor possui Internet?

5.1 Se SIM quantos pontos?

ESPAÇO FÍSICO

6. O setor possui espaço próprio?

6.1 É adequado para o gerenciamento e armazenamento das informações e documentos?

6.2 Se SIM quantas salas?

7. A área física promove a intercomunicação entre os diversos participantes do processo?

8. A área física promove o conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores?

MATERIAL DE EXPEDIENTE

9. O setor possui, na maioria das vezes, materiais de expediente em quantidade suficiente, tais como:

9.1 Papel

9.2 Tinta de impressora

9.3 Disquetes / CD's

9.4 Material ou recurso para desenvolvimento de oficinas de educação em saúde

MATERIAL INSTRUCIONAL E EDUCATIVO

10. O setor possui material instrucional?

10.1 Se SIM, quais?

11. O setor possui material educativo em quantidade suficiente, tais como:

11.1 Cartazes

11.2 Folders

11.3 Banners

11.4 Outros?

RECURSOS HUMANOS

12. Qual a composição do CIHDOTT?

13. O setor possui técnico de nível superior na equipe?

14. Categoria e quantidade:

15. Qual a formação do Coordenador Intra-hospitalar de Doação de Órgãos?

16. Qual o regime de trabalho da equipe?

17. O coordenador possui carga horária de 20h semanais com dedicação exclusiva?

18. A equipe recebeu capacitações/cursos específicos na área de abordagem familiar/captação de órgãos?

Listar curso e carga horária:

NORMATIZAÇÃO

19. O setor possui Regimento Interno Próprio publicado ?

20. O setor promove reuniões periódicas registradas em ata?

20.1 Se SIM, qual a periodicidade? ()

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

21. O setor possui protocolo próprio assistencial de doação de órgãos e diagnóstico de ME?

21.1 Se NÃO, qual o protocolo seguido?

22. O setor possui rotinas criadas para abordagem e acolhimento aos familiares de pacientes falecidos no hospital, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos?

22.1 Se NÃO, qual é rotina seguida?

NOTIFICAÇÃO E REGISTRO DE ÓBITOS

23. O setor viabiliza a confirmação do diagnóstico de ME, conforme a resolução do CFM?

24. O setor notifica e promove o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de ME, mesmo daqueles que não se tratarem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou que a doação não seja efetivada, com registro da não doação?

25. O setor mantém atualizado o registro do número de óbitos ocorridos na instituição?

26. O setor é notificado pelos outros setores do hospital sobre a ocorrência de todos os óbitos, mesmo que a doação não seja efetivada?

EDUCAÇÃO PERMANENTE

27. O setor promove educação permanente dos funcionários do hospital sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplante de órgãos, tecidos, células e outras partes do corpo?

27.1 Se SIM, quais são estas ações?

28. Qual a periodicidade? ()

(1- mensal; 2 – trimestral; 3 – semestral; 4 – anual; 5 – outros; 6 – não se aplica)

ACOLHIMENTO FAMILIAR

29. O setor promove o acolhimento às famílias doadoras, antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito hospitalar?

30. Como é realizado este acolhimento?

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO 2

COMPONENTE SISTEMA DE LISTA ÚNICA

Identificação do entrevistado:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Função: _____ Formação: _____

EQUIPAMENTOS

1 O setor possui computador exclusivo?

1.1 Se SIM quantos?

2. O setor possui impressoras?

2.1 Se SIM quantas?

3. O setor possui telefone exclusivo?

3.1 Se SIM quantos?

4. O setor possui FAX?

4.1 Se SIM quantos?

5. O setor possui Internet?

5.1 Se SIM quantos pontos?

ESPAÇO FÍSICO

6. O setor possui espaço próprio?

6.1 É adequado para o gerenciamento e armazenamneto das informações e documentos?

6.2 Se SIM quantas salas?

MATERIAL DE EXPEDIENTE

7. O setor possui, na maioria das vezes, materiais de expediente em quantidade suficiente, tais como:

7.1 Papel

7.2 Tinta de impressora

7.3 Disquetes / CD's

MATERIAL INSTRUCIONAL E EDUCATIVO

8. O setor possui material instrucional sobre o sistema de fila única?

8.1 Se SIM, quais?

9. O setor possui material educativo em quantidade suficiente, tais como:

9.1 Cartazes

9.2 Folders

9.3 Banners

9.4 Outros?

RECURSOS HUMANOS

10. Qual a composição da equipe responsável pelo Sistema de Lista Única?

11. O setor possui técnico de nível superior na equipe?

12. Categoria e quantidade:

13. Qual o regime de trabalho da equipe?

14. Qual a categoria profissional do responsável pelo preenchimento do CTU?

15. O responsável pelo cadastro recebeu alguma capacitação/curso específico para o correto preenchimento do CTU?

15.1 Listar cursos e carga horária:

LABORATÓRIO

16. O setor possui laboratório próprio ou conveniado para a realização dos exames necessários para a inscrição no CTU de qualquer órgão, tais como:

16.1 dosagem de sódio

16.2 dosagem de potássio

16.3 glicemia

16.4 dosagem de creatinina

16.5 tipagem sanguínea, ABO

16.6 hemograma completo

16.7 sorologia para HIV, HTLV I e II, HbsAg, anti-HBc total, anti HCV

16.8 imunofluorescência doença de chagas

16.9 imunofluorescência para citomegalovírus IgG e Igm

16.10 VDRL

16.11 imunofluorescência Lues

CADASTRO TÉCNICO ÚNICO (CTU)

17. O CTU é constituído pelo conjunto de potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, ou estrangeiros residentes no país inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição deles a estes potenciais receptores?

18. O CTU é constituído pelos dados clínicos dos candidatos receptores, inscritos no SLU, referente a cada tipo de órgão, tecido ou parte do corpo humano, sendo que um mesmo paciente não poderá integrar dois cadastros, ao mesmo tempo?

19. Quem é responsável pela manutenção e atualização das informações sobre a situação clínica do paciente dos pacientes, em especial os dados que concernem aos critérios de seleção a serem utilizados para a locação do órgão ou tecido, assim como o seu status (ativo, semi-ativo, inativo, removido)?

19.1 Equipe especializada autorizada para a realização do transplante ()

19.2 Unidades de diálise, sob sua supervisão ()

19.3 outros ()

20. Todos os potenciais receptores com indicação de transplantes estão inscritos no CTU, ainda que seu plano de tratamento seja transplante com doador vivo?

21. É realizada a correlação entre as características antropométricas, imunológicas, clínicas e sorológicas do doador falecido e o CTU correspondente, empregando-se os critérios específicos referentes a cada tipo de órgão, tecido, células ou partes do corpo humano, para ordenação dos potenciais receptores quanto à procedência?

22. O paciente ao ser inscrito no CTU, recebe o comprovante de sua inscrição, assim também como:

22.1 informações sobre riscos e benefícios resultantes do tratamento;

22.2 esclarecimento específico sobre os critérios de distribuição do órgão ou tecido aos qual foi inscrito como possível receptor;

22.3 orientações gerais sobre responsabilidade do paciente para a manutenção de seu cadastro atualizado sobre acesso à consulta da posição em cadastro técnico;

22.4 instrução sobre o acesso à sua posição em lista via rede mundial de computadores (internet).

23. O paciente firma, na presença de duas testemunhas, seu consentimento livre e esclarecido quanto à excepcionalidade do procedimento de transplante, bem como consentimento específico para aceitação de órgãos alocados sob critérios expandido?

LISTA ÚNICA

24. A lista única é constituída de potenciais receptores sem restrição no momento da distribuição de um órgão de doador falecido?

25. A ficha para inscrição em lista de espera contém no mínimo os seguintes dados?

25.1 Nome completo.

25.2 Data de nascimento

25.3 Nome da mãe

25.4 CPF

25.5 Cartão SUS

25.6 Peso, nos casos, em que se aplique

25.7 Altura, nos casos em que se aplique

25.8 Endereço completo

25.9 Telefones para contato

25.10 Equipe transplantadora

25.11 Estabelecimento de saúde onde será realizado o transplante

25.12 Diagnóstico

25.13 Resultados dos exames laboratoriais e outros realizados, com a respectiva data de realização, nos casos em que se aplique

25.14 Outras informações clínicas relevantes, a critério do médico assistente

POTENCIAL DOADOR FALECIDO

26. Todos os potenciais doadores falecidos de órgãos, tecidos e células são submetidos, antes da alocação dos enxertos, aos seguintes procedimentos:

26.1 Avaliação de situações de risco acrescida de informações do histórico de antecedentes pessoais e exame clínico;

26.2 Avaliação de fatores de risco por meio de resultados positivos de exames sorológicos de triagem para:

a) doadores de córnea: HIV, HbsAg, AntiHBs, Anti-Hbc total e Anti- HCV;

b) doadores de órgãos: HIV, HTLV I e II, HbsAg, AntiHBs, Anti-Hbc total, Anti-HCV, sífilis e Doença de Chagas;

27. São considerados os critérios absolutos de exclusão de doador de órgão:

a) soropositividade para HIV;

b) soropositividade para HTLV I e II;

c) tuberculose em atividade;

d) neoplasias (exceto tumores primários do Sistema Nervoso Central e carcinoma in situ de útero e pele);

e) sepse refratária; e

f) infecções virais e fúngicas graves, ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C.

28. É solicitada à CTE (Câmara Técnica Estadual), quando necessária, a autorização de potencial doador com critérios expandidos?

POTENCIAIS RECEPTORES

29. A equipe responsável pela inscrição do receptor potencial de rim providencia a tipificação do HLA?

30. Todos os potenciais doadores estão vinculados a um laboratório de histocompatibilidade, devidamente autorizado?

31. Os potenciais doadores realizam os seguintes exames para sua inscrição no CTU:

31.1 dosagem de sódio

31.2 dosagem de potássio

31.3 glicemia

31.4 dosagem de creatinina

31.5 tipagem sanguínea, ABO

31.6 hemograma completo

31.7 sorologia para HIV, HTLV I e II, HbsAg, anti-HBc total, anti HCV

- 31.8 imunofluorescência Doença de Chagas
- 31.9 imunofluorescência para citomegalovírus IgG e Igm
- 31.10 VDRL
- 31.12 imunofluorescência Lues
- 31.13 pesquisa de anticorpos IgG e IgM contra o vírus de Epstein-Barr
- 31.14 reatividade contra painel classe I e II
- 31.15 radiografia de tórax (PA + lateral)
- 31.16 ultrassonografia de abdome total
- 31.17 ultrassonografia de aparelho urinário
- 31.18 esofagogastroduodenoscopia
- 31.19 doppler arterial e venoso de ilíacas e femorais (em vasculopatas, pacientes com uso prévio de cateteres em veia femoral para acesso vascular ou receptores de transplante prévio)
- 31.20 cateterismo cardíaco (exclusivamente em idosos, cardiopatas ou diabéticos)
- 31.21 uretrocistografia e avaliação urodinâmica completa, nos casos em que se aplique
- 31.22 determinação dos antígenos leucocitários humanos – HLA.
- 32. São utilizados os seguintes critérios para inserção de potenciais receptores:
 - 32.1 estejam realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;
 - 32.2 apresentem depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m²;
 - 32.3 tenham idade superior a 18 anos e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m²;e
 - 32.4 sejam diabéticos em tratamento conservador e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m²
 - 32.5 outros _____
- 33. O Status específicos para classificação quanto à manutenção do CTU de potenciais receptores de rim é mantido atualizado de acordo com a classificação:
 - I - ATIVO: paciente com soro atualizado (com menos de 90 dias de coleta e ausência de procedimento imunizante) e avaliação de reatividade contra painel linfocitário atualizada (com menos de 120 dias);
 - II - SEMIATIVO: sem soro no laboratório, soro vencido (coleta há 90 dias ou mais, ou anterior a procedimento imunizante), avaliação de reatividade contra painel linfocitário desatualizada (120 dias ou mais);

III - REMOVIDO: função renal recuperada, removido pela equipe, removido sem condições clínicas, não quer ser transplantado, removido por semiatividade prolongada (mais de 365 dias cumulativos), abandonou o tratamento, transferido para outro Estado, transplantado fora do Estado;e

IV - INATIVO: ficha complementar não atualizada.

34. A seleção dos potenciais receptores para fins de transplante de rim sé processada mediante identidade no sistema ABO e por exame de histocompatibilidade, avaliadas as incompatibilidades no sistema HLA entre doador e receptor?

35. São atribuídos pontos para um receptor, baseando-se no número de incompatibilidades nos loci HLA A, B e DR entre doador e receptor?

36. Para fins de classificação pelo número de incompatibilidades no sistema HLA, são atribuída a seguinte pontuação:

I - no locus DR :

- a) 0 incompatibilidade = 10 pontos;
- b) 1 incompatibilidade = 5 pontos;
- c) 2 incompatibilidades = 0 ponto;

II - no locus B:

- a) 0 incompatibilidade = 4 pontos;
- b) 1 incompatibilidade = 2 pontos;e
- c) 2 incompatibilidades = 0 ponto.

III - no locus A:

- a) 0 incompatibilidade = 1 ponto;
- b) 1 incompatibilidade = 0,5 ponto;e
- c) 2 incompatibilidades = 0 ponto.

37. Para efeito de pontuação é considerado:

I - tempo de espera:

- a) ponto até o primeiro ano de espera;
- b) 1 ponto para o primeiro ano completo de espera;
- c) 0,5 ponto para cada ano subsequente de espera até 5 pontos.

II - hipersensibilização: atribuídos 4 (quatro) pontos adicionais a potenciais receptores com avaliação da reatividade contra painel igual ou superior a 80% e 2 (dois) pontos

adicionais a potenciais receptores com avaliação da reatividade contra painel entre 50% e 79%;

III - idade: atribuídos às crianças e adolescentes: 4 (quatro) pontos para potenciais receptores com idade inferior a 18 (dezoito) anos;

IV - diabetes (tipo I ou tipo II) : atribuídos 3 (três) pontos;e

V - nefrectomia por doação de rim para transplante intervivos: atribuídos 10 (dez) pontos.

38. É considerado critério de urgência a iminência de impossibilidade técnica total e permanente para obtenção de acesso para a realização de qualquer das modalidades de diálise? Sendo a manutenção da urgência validade de 30 (trinta) dias?

39. Para fins de realização de transplante de rim preemptivo, ou seja, transplante realizado antes que o paciente inicie tratamento substitutivo de função renal, com doador falecido, são aceitas inscrições de potenciais receptores que preencham os seguintes critérios:

I - idade maior ou igual a 18 anos;e

II - depuração da creatinina menor que ou igual a 15 mL/min/m²?

SELEÇÃO DE DOADOR VIVO

40. A doação de um rim de doador vivo juridicamente capaz, atendidos os preceitos legais quanto à doação intervivos, é realizada após os seguintes critérios:

40.1 rigorosa investigação clínica, laboratorial e de imagem,

40.2 condições satisfatórias de saúde, possibilitando que a doação seja realizada dentro de um limite de risco aceitável.

40.3 outros?

41. As doações que envolvem doadores não aparentados são submetidas, previamente à autorização judicial, à aprovação da Comissão de Ética do estabelecimento de saúde transplantador e da CNCDO, assim como comunicadas ao Ministério Público?

APÊNDICE 3

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Técnica de Consenso

Título da pesquisa: Transplante Renal: Avaliação do grau de implantação das ações de um hospital de referência do estado de Pernambuco, 2011.

Pesquisadora Responsável: Juliana Ferreira de Sena

Instituição de origem: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Objetivo da Pesquisa: Analisar a implantação do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos nos componentes CIHDOTT e Sistema de Lista Única (SLU) na Unidade Geral de Transplante (UGT) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no período de março a julho de 2011.

Será realizada a obtenção do consenso do Modelo Lógico do Sistema Nacional de Transplante e a Sistema de pontuação. Esta técnica permite obter o consenso de um grupo a respeito de um determinado fenômeno, respaldando o processo de identificação e seleção das variáveis e inter-relacionamentos importantes para a análise do problema.

Por meio da utilização desta técnica, os participantes irão manifestar individualmente a sua concordância ou discordância com a proposta do modelo lógico do programa e do sistema de pontuação, expressando livremente a opinião sobre a importância relativa de cada um deles. Os especialistas poderão sugerir a exclusão, inclusão ou modificação de dimensões e critérios, ampliando a validade destes, conferindo maior legitimidade ao processo avaliativo.

Será garantido o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase desta; o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização; a confidencialidade e o anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos e reuniões científicas.

Eu, _____entendi o conteúdo deste termo de consentimento e aceito participar da pesquisa acima referida como entrevistado.

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Juliana Ferreira de Sena: (81) 8827-5759 e 9175-6577 (E-mail: julianasenaenf@yahoo.com.br)

Fernando Antônio R. de Gusmão Filho (orientador): (81)8822-7050 (E-mail: gusmao@imip.org.br).

Kamila Matos de Albuquerque (co-orientadora): (81) 9633-0579 (E-mail: kamilamatos@imip.org.br)

Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP: (81) 2122-4702

APÊNDICE 4

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Entrevista

Título da pesquisa: Transplante Renal: Avaliação do grau de implantação das ações de um hospital de referência do estado de Pernambuco, 2011.

Pesquisadora Responsável: Juliana Ferreira de Sena

Instituição de origem: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Objetivo da Pesquisa: Analisar a implantação do Programa Nacional de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos nos componentes CIHDOTT e Sistema de

Lista Única (SLU) na Unidade Geral de Transplante (UGT) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no período de março a julho de 2011.

Serão realizadas entrevistas estruturadas visando avaliar o grau de implantação das ações da Unidade Geral de Transplante Renal Adulto do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) nos itens estrutura e processo.

Será garantido a você o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos e reuniões científicas.

Eu, _____ entendi o conteúdo deste termo de consentimento e aceito participar da pesquisa acima referida como entrevistado.

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Juliana Ferreira de Sena: (81) 8827-5759 e 9175-6577

e-mail: julianasenaenef@yahoo.com.br

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho (orientador): (81) 8822-7050

E-mail: gusmao@imip.org.br

Kamila Matos de Albuquerque (co-orientadora): (81) 9633-0579

E-mail: kamilamatos@imip.org.br

Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP: (81) 2122-4702

ANEXO 1

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira



Recife, 06 de dezembro de 2010.

CARTA DE ANUÊNCIA

Prezados Senhores

Eu, Amaro Medeiros, Chefe da Unidade Geral de Transplantes (UGT) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP, conheço o protocolo de pesquisa **“Avaliação da Unidade Geral de Transplante de uma Instituição Hospitalar de Referência no Nordeste Brasileiro: Um estudo de caso.”** desenvolvida pela Mestranda em Avaliação em Saúde, Juliana Ferreira de Sena, sendo o pesquisador responsável Prof Dr. Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho

O início desta pesquisa, no Serviço de Transplante, só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Medeiros', is written over a horizontal line.

Amaro Medeiros
Coordenador da UGT

ANEXO 2


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 2213-11 intitulado “**Avaliação da unidade geral de transplante de uma instituição hospitalar de referência do nordeste brasileiro? Um estudo de caso.**” apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Juliana Ferreira de Sena** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião de 19 de janeiro de 2011.

Recife, 21 de janeiro de 2011.


Dr. José Euliano Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 05.397-J
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br

