

IV ENCIHDOTT

ENCONTRO NACIONAL DAS COMISSÕES INTRA-HOSPITALARES
DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

14 E 15 DE DEZEMBRO DE 2011

IV ENCIHDOTT

ENCONTRO NACIONAL DAS COMISSÕES INTRA-HOSPITALARES
DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

Nos dias 14 e 15 de Dezembro de 2012, o Programa Integrado de Transplantes de Órgãos e o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, em parceria com o Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, realizaram a 4ª edição do Encontro Nacional das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (ENCIHDOTT). Este evento teve a participação de cerca de 200 profissionais, de todo o território nacional, envolvidos com as atividades relacionadas à Doação e Transplantes. Após as aulas teóricas, foram divididos grupos de trabalhos e definidas propostas de ações e elaborado um consenso, intitulado "Carta de São Paulo II", que será enviado à Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes para que possa auxiliá-la em medidas que resultem em aumento do número de doadores de órgãos e tecidos em todo o Brasil. O encontro teve apoio da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Abaixo segue o consenso discutido para que os participantes possam analisar e enviar suas críticas e sugestões. O prazo será até o dia 20/01/2012.

“Carta de São Paulo II”

1. Aspectos Éticos e Legais da Doação e Transplante

- 1.1** Coleta de material biológico para realização de exames sorológicos para doação de órgãos: quanto ao momento da coleta deve-se adotar uma conduta padrão que contemple o respeito aos direitos do paciente sem comprometer a logística do processo Doação-Transplante;
- 1.2** Autorização familiar: preferência pela autorização do familiar de 1º grau, quando disponível. As sugestões são:
 - 1.2.1 abandonar esta recomendação onde ela exista.
 - 1.2.2 Autorização familiar com o consenso familiar, apesar de necessitar de 1 responsável legal e 2 testemunhas.
- 1.3** Sugestões na comunicação do início do protocolo de Diagnóstico Neurológico de Morte: a família deve sempre ser comunicada da abertura

do respectivo protocolo e este procedimento deve ser precedido de uma verificação clínica que garanta a inexistência de reflexos de tronco encefálico.

- 1.4** Facilitar o acesso familiar aos pacientes (visitas) e informações com:
 - 1.4.1 Informações diárias com mais disponibilidade e qualidade.
 - 1.4.2 Estabelecer relação de confiança profissional família.
 - 1.4.3 Facilitar a participação da CIHDOTT no processo de informação.

- 1.5** Equidade no atendimento (Pacientes Vivos vs Potencias Doadores vs Doadores x Não Doadores) de pacientes e familiares nas diversas etapas da Doação.

- 1.6** Capacitação para profissionais em trabalho em unidades de atendimento crítico , tais como curso de “Comunicação de más notícias “ implantando “Programas de Comunicação de Notícias em Situações Críticas”.

- 1.7** Em relação a falta de acesso universal ao diagnóstico de morte encefálica, tornar compulsório o acesso ao Diagnóstico Neurológico de Morte.

- 1.8** Entrega do corpo aos familiares:
 - 1.8.1 Após o Diagnóstico Neurológico de Morte e frente a recusa familiar ou contra-indicação à doação, deve-se desacoplar o corpo da ventilação Mecânica, retirar linhas vasculares e devolver o corpo aos familiares.

- 1.9** Prioridade para o doador de órgãos no momento do encaminhamento para o IML – reduzir a espera dos familiares. MS e MJ / SES X SSP

- 1.10** Curarizar os indivíduos com Diagnóstico Neurológico de Morte completo quando da visita familiar.

- 1.11** Obrigatoriedade da gasometria arterial em todos os testes de apnéia do protocolo do Diagnóstico Neurológico de Morte.

- 1.12** Revisão e regulamentação dos Transplante Hepático com 2 doadores vivos.

2. Identificação de Potenciais Doadores

- 2.1** Definir número de profissionais das CIHDOTTs levando em conta o perfil de cada instituição.
- 2.2** Profissionalização: capacitação dos funcionários da CIHDOTT/OPO com um curso padronizado e com certificado. (simulação realística com material didático).
- 2.3** Curso de capacitação com recertificação a cada dois anos.
- 2.4** Educação permanente com encontros semestrais com a CNCDO para apresentação de resultados e reavaliação de metas para certificação.
- 2.5** A atividade da CIHDOTT será comprovada através da certificação semestral emitida pela CNCDO através do cumprimento das Metas.
- 2.6** Melhorar a comunicação entre CIHDOTT e CNCDO.
- 2.7** Trabalho próximo entre a CNCDO e as CIHDOTTs.
- 2.8** Flexibilização do tipo de profissional para exercer a função de Coordenador Intra-Hospitalar de Transplantes (multiprofissional).
- 2.9** Envolvimento e capacitação dos profissionais do setor de faturamento dos hospitais com CIHDOTTs e às CNCDO's.
- 2.10** Envolvimento da ABTO, Departamento de Coordenação em Transplantes, para resolução dos repasses aos Hospitais.
- 2.11** Abordar os temas "Estrutura e Remuneração" nas discussões no evento do SNT em 2012;
- 2.12** Profissionais pertencente às Comissões serem relacionados ao atendimento de pacientes críticos do hospital com remuneração específica.

3 Estabelecimento do Diagnóstico Neurológico de Morte - Exame clínico e complementar

3.1 Estabelecimento da terminologia de “Diagnóstico Neurológico de Morte” em substituição à “Morte Encefálica”

3.2 Capacitação de Recursos Humanos para realização de diagnóstico clínico e complementar neurológico de morte.

Argumentação: Constatação de que há escassez de RH capacitados para a realização do Diagnóstico Neurológico de Morte. A quem compete: Parcerias entre MS (SNT), associações de especialidades (SBNFC, ABN, ABTO, AMIB), Centrais estaduais.

3.3 Observância das diferenças regionais.

Argumentação: Cada região geopolítica apresenta peculiaridades discrepantes no que tange a logística e operacionalidade do estabelecimento do Diagnóstico Neurológico de Morte. A quem compete: Centrais Regionais de Transplantes .

3.4 Descentralização do exame clínico neurológico.

Argumentação: Entende-se que esta etapa deve ser de competência de cada hospital. A quem compete: ao hospital.

3.5 Acesso ao exame complementar para o Diagnóstico Neurológico de Morte a todos os pacientes portadores de afecções traumáticas ou vasculares agudas graves do encéfalo. Entende-se que esta etapa deverá estar centralizada pela Central Estadual de Transplantes.

Argumentação: Maior agilidade desta etapa do Potencial Doador. Estimula a profissionalização da realização do exame complementar para o Diagnóstico Neurológico de Morte. A quem compete: Centrais Estaduais de Transplantes.

3.6 Otimização e uso racional dos Recursos Financeiros para aquisição de aparelhos para e realização de exames complementares para o Diagnóstico Neurológico de Morte.

Argumentação: Preocupação com o uso adequado dos Recursos Financeiros da sociedade. Atenção no oferecimento o mais equânime possível do Diagnóstico Neurológico de Morte a sociedade. Atenção as peculiaridades regionais. A quem compete: MS (SNT) , ABTO, SBNFC, ABN , Centrais regionais. Preferência: EEG. Utilização de tecnologia de comunicação (Scape).

- 3.7** Remuneração adequada, como fator motivador, dos profissionais dedicados a realização dos exames complementares para Diagnóstico Neurológico de Morte.

Argumentação: Agilidade no processo. Incutir interesse nos profissionais para a realização deste trabalho. A quem compete: Centrais Estaduais de Transplantes.

- 3.8** Articular a criação da disciplina de Doação e transplante de órgãos e a inclusão do tema “Diagnóstico Neurológico de Morte” na disciplina de Neurologia e em outras disciplinas de faculdades na área da saúde.

Outra disciplina ???

Argumentação: Fomentar o tema entre os futuros médicos. A quem compete: MS, ME, ABTO, SBNFC, ABN.

- 3.9** Abolir os “cortejos fúnebres repetitivos intra-hospitalares” e estimular o seguinte trajeto do doador efetivo: UTI, centro cirúrgico, velório. Uso de exames complementares de Diagnóstico Neurológico de Morte na beira do leito.

Argumentação: Agilidade ao processo. Respeito para com o falecido e sua família. A quem compete: OPOs, CIHDOTTs.

- 3.10** Incluir no cenário atual de estímulo Federal as melhorias no atendimento de urgência e emergência a criação de serviços de neurologia capazes de atender a sociedade de modo adequado.

Argumentação: Resolução dos problemas da transplantação no Brasil. A quem compete: Governo Federal.

- 3.11** Juntamente com a AMIB, especificar critérios mínimos para classificação das Unidades de Terapia Intensiva.

- 3.12** As CNCDOs devem ser facilitadoras (provedoras de recurso) para o Diagnóstico Neurológico de Morte.

- 3.13** Desvincular a realização do Diagnóstico Neurológico de Morte somente nos casos de Doação.

- 3.14** Desenvolver programas de capacitação de profissionais para o Diagnóstico Neurológico de Morte.

- 3.15** Incluir na Resolução CFM o item “incluir o Neurologista (clínico/cirurgião/Neuropediatra) enquanto vigorar o Decreto 2.268 (30/06/1997).

4 Manutenção do potencial doador falecido

- 4.1** Revisão do processo de trabalho institucional.
- 4.2** Parceria entre CIHDOTT, coordenação da UTI, laboratório, transporte, etc.
- 4.3** Sensibilização e capacitação dos médicos.
- 4.4** Treinar e apresentar o protocolo para todos os residentes e incluir o tema nas escolas médicas e de enfermagem.
- 4.5** Elaboração de protocolo (check-list) baseado em evidências e vinculado cronologicamente aos passos burocráticos, logísticos e assistenciais.
- 4.5.1 Tornar o check-list em documento oficial (SNT, CNCDOs).
- 4.5.2 Nomear gestores institucionais do protocolo - responsáveis pelo gerenciamento e correção das distorções em tempo real.
- 4.6** Remuneração do profissional envolvido na coordenação da CIHDOTT.
- 4.7** Autonomia na gestão de recursos destinados à CIHDOTT.
- 4.8** Mostrar os resultados – dos indicadores de desempenho.
- 4.9** Implementação de protocolo assistencial gerenciado seguindo roteiro pré-estabelecido:
- 4.9.1 Fase 1: Revisão do fluxo de trabalho: Os membros da CIHDOTT deverão verificar e corrigir distorções institucionais do processo de doação atendendo-se as condições e realidade locais.
- Incorporação de Roteiro de Detecção e Roteiro de Manutenção do doador falecido
 - Revisão do fluxo de trabalho
 - confecção de fluxograma prevendo a devolução individual (caso-a-caso) e coletiva (periódica) dos indicadores.
 - Reunião com os responsáveis pelas áreas envolvidas com detecção e manutenção do doador falecido

- Reunião com CIHDOTT, enfermagem, farmácia, setor de suprimento de materiais, setor de transportes.
- Adequação da rotina laboratorial para coleta de exames
- Definição das funções e treinamento dos profissionais
- Mapeamento do corpo clínico e de enfermagem

4.9.2 Fase 2:

- Sensibilização e divulgação da iniciativa
- Programa de treinamento
- Estabelecer indicadores de qualidade
 - Coleta de dados e divulgação dos resultados coletivos e feedback individual
- Consultoria para discussão de casos

4.10 Disponibilizar vasopressinas para as unidades hospitalares sob gestão das OPOs e CNCDOs.

4.11 Trabalho estreito com a AMIB no reforço das Diretrizes de Manutenção.

5 Acolhimento e Entrevista Familiar

5.1 Treinamento e sensibilização de todos os funcionários administrativos/assistenciais do hospital sobre a importância do acolhimento do paciente e familiares e sua relação com a doação de órgãos

5.2 Organização de fluxo de comunicação entre os setores de transição do paciente

5.3 Criação de salas de acolhimento em todos os setores de doentes críticos.

5.4 Todos os hospitais com CIHDOTT possam ter profissionais com dedicação exclusiva e remuneração adequada para esta única atividade

5.5 Existência de sala adequada em espaço e equipamentos para a CIHDOTT. Financiamento local ou Federal?

5.6 Algumas medidas tomadas pela CNCDO e secretaria de saúde local com os diretores de hospitais e respectivas CIHDOTTs para eliminar/diminuir tais dificuldades.

- 5.7** Todos os médicos de setores de doentes críticos serem treinados para comunicação em situações críticas.
- 5.8** Trabalho rotineiro das CIHDOTTs e OPOs com os médicos e enfermeiros, sedimentando a cultura adequada do acolhimento familiar e as etapas da comunicação com a família.
- 5.9** SNT e ABTO criarem cartilhas, vídeos, cartazes sobre morte encefálica que sejam usados no momento da entrevista familiar para facilitar o entendimento do tema.
- 5.10** Treinar todos os profissionais envolvidos na entrevista familiar com cursos sobre más notícias e conseguir ambiente adequado para tal abordagem com todos os recursos para uma boa entrevista.
- 5.11** Fazer avaliações rotineiras (semestrais ou anuais) sobre o perfil da equipe da CIHDOTT e OPO para melhor adequá-las no acolhimento e entrevista familiar
- 5.12** Incrementar equipe com profissionais sabidamente portadores de habilidades para serem somadas e facilitar o acolhimento familiar.
- 5.13** Disponibilização e uniformização nacional identificando quais os documentos validados para comprovação da união estável do cônjuge do Potencial Doador.
- 5.14** Estabelecer fluxo prévio do contato jurídico para inserções cabíveis na autorização à doação.
- 5.15** Elaboração de material informativo sobre os benefícios da doação e do transplante como auxílio na orientação popular.

6 Validação do Potencial Doador

- 6.1** Criar consenso para definição dos critérios de contra-indicação à doação:
- 6.1.1 Infecção
 - 6.1.2 Neoplasias tratadas e não tratadas
 - 6.1.3 Doenças específicas:
 - Síndrome HELP
 - Vasculites
 - outras
- 6.2** Participação das Câmaras Técnicas Nacionais para definição deste consenso.

7 Logística no Processo de Doação

- 7.1** Informar para as Centrais Estaduais a obrigatoriedade de utilização do anexo com as informações do doador devidamente preenchido (sorologias, exames específicos e dados atualizados), conforme Portaria GM 2.600 (2009).
- 7.2** Adequação do sistema SIG para distribuição dos órgãos (Ex: amilase)
- 7.3** Propor ao SNT a inclusão junto ao credenciamento das equipes, uma declaração informando a disponibilidade de captação de múltiplos órgãos e tecidos para outras equipes.
- 7.4** Consórcio entre os municípios próximos, porém de Estados diferentes na realização de exames/sorologias/transporte.
- 7.5** Revisão da tabela SUS no item extração de órgãos.
- 7.6** Propor ao SNT a inclusão em portaria do compromisso e responsabilidade das equipes no aceite de órgãos. (Ex: aceite e posterior recusa sem justificativa pertinente)
- 7.7** Seguro para as equipes que viajarem com a finalidade de remoção de órgãos para transplante.

- 7.8** Criação de um selo de reconhecimento para as empresas de transporte que contribuirão no processo de alocação de órgãos.
- 7.9** Reafirmar para as Centrais Estaduais que a oferta regional e nacional devere ser mediada somente pela Central Nacional de Transplante
- 7.10** Ressaltar para as equipes de transplantes a importância do correto preenchimento dos critérios aceitos para seu receptor.
- 7.11** Pacto com a FAB na utilização de seus recursos para o transporte de órgãos e equipes
- 7.12** Viabilizar o rastreamento da distribuição de multitecidos.
- 7.13** Otimização do SIG para o input dos dados dos enxertos ofertados à CNT.

8 Acondicionamento e Transporte de Enxertos para Transplante

- 8.1** Definir a temperatura adequada (2 a 8 graus?) no item *“XVI - RDC ANVISA 66 - Material refrigerante: material ou substância capaz de manter frio os órgãos humanos para garantir a temperatura adequada durante o transporte”*.
- 8.2** Descrever a técnica de acondicionamento e armazenamento dos enxertos vasculares.
- 8.3** Distribuição de caixas térmicas padronizadas de acordo com as especificações da RDC (incluir termômetro), com pelo SNT.
- 8.4** No item *“XXII - RDC ANVISA 66 - etiqueta: identificação afixada sobre as embalagens, escrita de forma clara e legível, expressa com tinta indelével. Não pode comprometer os dizeres dos rótulos e/ou sinalizações e nem se apresentar”*, acrescentar as seguintes sugestões:
 - 8.4.1 Padronização e distribuição das etiquetas pelo SNT;
 - 8.4.2 Elaboração de etiquetas plastificadas, com lacre e canetas específicas;
 - 8.4.3 Incluir no texto a definição dos responsáveis pelo preenchimento das etiquetas, acrescida da assinatura dos responsáveis pela extração. A sugestão é que seja de

responsabilidade do profissional que está assumindo a captação.

- 8.5** Criar meios para a fiscalização e rastreabilidade do processo, gerando registros em todas as etapas, a CNCDO deverá rastrear o envio e o recebimento dos órgãos por meio de registros de “Não-Conformidades” (conforme anexo IV da RDC ANVISA 66).
- 8.6** Realizar a fusão dos anexos I e II da RDC ANVISA 66, pois, de acordo com esta, os mesmos deverão acompanhar cada órgão e contém informações repetidas dificultando o preenchimento integral durante o processo.
- 8.7** Realização de um curso padrão para todas as CIHDOTTs do país.
- 8.8** Elaboração e distribuição de uma cartilha confeccionada pelo SNT sobre o processo de acondicionamento.
- 8.9** Elaboração e distribuição de um vídeo sobre o acondicionamento, identificação e transporte de órgãos para transplante.

9 Indicadores de Desempenho e Qualidade da CIHDOTT

Além dos existentes e dos mencionados no Registro Brasileiro de Transplantes (ABTO) e do SNT, sugere-se acrescentar o gerenciamento dos seguintes indicadores:

9.1 Indicadores de Doação de Órgãos:

- 9.1.1 Nº pacientes com Glasgow 3 com protocolo ME aberto
- 9.1.2 Nº e causas da não finalização do Protocolo de ME
- 9.1.3 Nº de Doadores Elegíveis
- 9.1.4 Nº de Doadores Efetivos (novo conceito)
- 9.1.5 Nº de Doadores Efetivos sem Órgãos Removidos
- 9.1.6 Nº e causas da Não Remoção dos Órgãos
- 9.1.7 Nº de Doadores Efetivos com Órgãos Transplantados
- 9.1.8 Índice de Conversão
- 9.1.9 Nº de Órgãos Não Transplantados e suas causas
- 9.1.10 Nº de Órgãos Transplantados
- 9.1.11 Índice de Órgãos Transplantados por Doador
- 9.1.12 Nº de CIHDOTT (distribuição)
- 9.1.13 Indicadores específicos da manutenção do PD (parâmetros bioquímicos)

9.2 Indicadores de Transplantes

- 9.2.1 Nº de pacientes inscritos no Cadastro Técnico Único (CTU)
 - 9.2.1.1 Por Centro Transplantador
 - 9.2.1.2 por Estado
 - 9.2.1.3 por Modalidade
 - 9.2.1.4 nº absoluto e p.m.p.

- 9.2.2 Nº de novas inscrições no CTU
 - 9.2.2.1 por Centro Transplantador
 - 9.2.2.2 por Estado
 - 9.2.2.3 por Modalidade
 - 9.2.2.4 nº absoluto e p.m.p.

- 9.2.3 Nº de “saídas” do CTU – remoções (mesmos itens anterior)
 - 9.2.3.1 por Centro Transplantador
 - 9.2.3.2 Transplante
 - 9.2.3.3 Óbito
 - 9.2.3.4 Perda de Seguimento
 - 9.2.3.5 Função recuperada
 - 9.2.3.6 Clínica (perda de critérios)
 - 9.2.3.7 Outros

- 9.2.4 Transplante (procedimento)

- 9.2.5 Acompanhamento pós transplante

9.3 Indicadores de Doação e Transplante de Tecidos

Sugere-se criação de Registro de Doadores de Tecidos:

- 9.3.1 Córnea
- 9.3.2 Pele
- 9.3.3 Tecido Músculo Esquelético
- 9.3.4 Valvas
- 9.3.5 Medula Óssea

9.4 Em relação à realização da Gestão dos Indicadores, sugere-se:

9.4.1 Padronização das terminologias.

9.4.2 Controle das CNCDO/SES dos estabelecimentos com CNES que preencham os requisitos de CIHDOTT.

9.4.3 Sistema de informação único e detalhado

9.4.3.1 Acesso de todos os envolvidos no processo (CIHDOTT, Equipes de Tx, OPO, CNCDO, CNT, SNT).

9.4.3.2 Informações *on line* para o gestor estadual.

9.4.3.3 Relatórios padronizados.

9.4.3.4 Disponibilização de Relatórios (pré-estabelecidos) para população.

9.4.4 Gestão, pela CNCDO, das atividades desenvolvidas nos estabelecimentos com CIHDOTT.

9.4.5 *Feedback* periódico dos resultados em cada nível de gestão.

9.4.6 Proposição de ações corretivas em cada nível de gestão.

9.4.7 Estabelecimento de metas personalizadas (quantitativas e qualitativas) com prazos pré-estabelecidos.

9.4.8 Incentivo financeiro conforme cumprimento de metas.

São Paulo, 15 de Dezembro de 2012.

Ministério
da Saúde



**Sistema Nacional
de Transplantes**

