

Avaliação das Políticas de Transplante de Órgãos e Tecidos no Estado do Ceará

Autores:

**Francisca Norma
Albuquerque de
Araújo** - Mestre em
Planejamento em
Políticas Públicas

**Lucilane Maria Sales
da Silva** – Doutorado
em enfermagem –
Universidade Federal
do Ceará, UFC

Resumo

Transplante de órgãos e tecidos: avaliação das Políticas Públicas no Estado do Ceará é um estudo descritivo, exploratório, com enfoque quantitativo e qualitativo, que teve por objetivo geral avaliar as políticas públicas em transplantes de órgãos e tecidos no Ceará. O cenário do estudo foi constituído de três Hospitais que realizam transplantes em Fortaleza-Ceará-Brasil, de 10 Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes e da Central de Transplantes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. A população de estudo foi composta pela coordenadora da Central de Transplantes do Ceará, 07 (sete) enfermeiras, 01 (uma) assistente social dessa instituição. 04 (quatro) coordenadores do centro de transplantes e 10 (dez) coordenadores intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos. A coleta de dados, na fase quantitativa, constou da apuração dos dados estatísticos e indicadores de transplantes da central de transplantes do Ceará e na fase qualitativa, da aplicação de questionário estruturado e entrevista semi-estruturada. Na fase quantitativa, os dados foram analisados estatisticamente e decodificados no Programa Epi-Info, versão 6.04 e os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas, enquanto na fase qualitativa, essa análise foi alicerçada no método preconizado por Bardin – Análise de discurso, sendo as falas agrupadas em categorias de análise. Os resultados desta pesquisa apontam a necessidade de mudanças nas estratégias utilizadas pela Central de Transplantes do Ceará, sendo imprescindível a valorização dos profissionais dessa instituição e a consideração de suas opiniões e sugestões, o que poderia ser muito útil para o melhor desempenho da Central de Transplantes, no cumprimento de uma política em transplantes, mais efetiva e eficaz, no Estado do Ceará.

Palavras-chave: Integralidade, Políticas Públicas e Transplante.

Abstract

Organs and tissues transplant: evaluation of the Public Politics in the State of Ceará is a descriptive and exploratory study, with quantitative and qualitative approach, that has as general objective of evaluating the public politics of organs and tissues transplants in Ceará. Unfortunately there are still several deficiencies in the process of donating, collecting, distributing and transplanting organs and tissues in the national system of transplants as well as in the state offices of transplants, especially in relation to the totality of attention and to the lack of structural relevance among those involved in this process. The scene of the study was constituted of three Hospitals that perform transplants in Fortaleza in the state of Ceará in Brazil and ten hospital Commissions of Transplants and the Center of Transplants of the Secretary of Health of the State of Ceará. The studied population was composed by the coordinator of the Central Office of Transplants of Ceará, seven nurses, one social assistant of the institution, four coordinators of the center of transplants and ten hospital coordinators of organs and tissues donation. The collection of data, in the quantitative phase, consisted of the verification of statistical and indicating data of transplants in the Center of transplants of the Ceará, and in the qualitative phase of the application of a structured questionnaire and semi-structured interview. In the quantitative phase, the data had been analyzed statistically and decoded with the software Epi-Info, version the 6.04 and the results were presented in graphics and tables, while in the qualitative phase, this analysis was based in the method indicated by Bardin - Analysis of speech, dividing the speeches into categories of analysis. The results of this research point out the necessity of changes in the strategies used by the Center of Transplants of Ceará, of the valuation of professionals in this institution and the consideration of their opinions and suggestions as a useful way to improve the performance of the center of organs and tissues transplants, in an efficient and effective accomplishment of the politics of transplants in the State of the Ceará.

Keywords: Public Politics; Transplant.

1 PROBLEMATIZAÇÃO

Transplante de órgãos é a cirurgia realizada em pacientes com problema grave e irreversível em um determinado órgão ou tecido do corpo, que recebe outro saudável de um doador com morte encefálica ou de doador vivo. Refere-se, mais precisamente, à técnica cirúrgica de alocação de um órgão ou tecido, em substituição ao órgão nativo deficiente, ou em substituição a tecidos lesados (PEREIRA, 2004).

No Ceará, a central de transplantes conta com uma equipe multiprofissional composta por dois médicos, sendo um deles o coordenador da Central de Transplantes, além de oito enfermeiras, uma assistente social e sete agentes administrativos. Esses são responsáveis pela macroestrutura dos transplantes de órgãos e tecidos no Estado do Ceará.

Atualmente, existem dez centros transplantadores de córneas, funcionando regularmente no Estado do Ceará. Um banco de olhos, um centro de transplante de fígado, um centro de transplante cardíaco e dois centros de transplante de rim. Apesar dos esforços dispensados pela Central de Transplantes do Estado do Ceará e pelas equipes de profissionais que compõem os centros de transplantadores, observa-se que as ações desenvolvidas no campo do transplante de órgãos no Estado, não têm dado conta da demanda que necessita desse atendimento. Por conta disso, verifica-se a crescente lista de espera por órgãos diversos e tecidos (CEARÁ, 2007).

O Estado do Ceará se destaca em número de transplantes, liderando a região nordeste em transplantes de fígado e de rim, o que não significa dizer que esses dados estatísticos lhes confirmam eficiência, eficácia e efetividade social. Atualmente, o Ceará é considerado referência no norte e nordeste para transplantes de rim e fígado, mas não são raras as vezes que se encontram, na lista de espera por fígado, pacientes dos Estados da Região Sudeste. Portanto, este Estado assume grande responsabilidade no que se refere às doações e transplantes.

O transplante não acontece somente a partir da vontade e empenho dos participantes desse processo, mas do envolvimento e dos esforços comuns de todos os atores sociais envolvidos nesse complexo processo que se inicia na sociedade, de onde provêm as doações dos órgãos e tecidos, no momento da morte encefálica, assim como do empenho das equipes multiprofissionais. A detecção do potencial doador de órgãos e tecidos deve ser realizada tão logo ocorra o diagnóstico de morte encefálica. A consciência da irreversibilidade do quadro de morte deve despertar no profissional a condição do aproveitamento dos órgãos para o transplante. Entretanto, são imprescindíveis as ações dos profissionais inerentes à manutenção desse corpo para que aguarde, em excelentes condições hemodinâmicas a decisão familiar com relação à doação dos órgãos aproveitáveis (NOTHEN, 2001).

A legislação vigente, a respeito dos transplantes de órgãos e tecidos, leva em consideração a Lei nº. 9.434 no seu artigo 13 das disposições complementares, o qual determina a obrigatoriedade, para todos os estabelecimentos de saúde, da notificação dos casos de morte encefálica em pacientes por eles atendidos. Com essa Lei, houve um avanço na prática dos transplantes de órgãos e tecidos, pois ela veio legalizar questões que não eram definidas na legislação de 1968. Dentre os diversos pontos nela referidos estão: a decisão familiar ou de responsável legal com assinatura do termo de doação; a definição dos critérios de morte encefálica, conforme a Portaria nº. 1.408, a qual atribui a responsabilidade da avaliação de morte encefálica aos profissionais da instituição hospitalares em que estas ocorrerem; a obrigatoriedade das notificações dos casos de morte encefálica ao órgão estadual competente; a estruturação do Sistema Nacional de Transplantes; a instituição da propaganda em transplantes pelos governos nas três esferas, federal estadual e municipal; o cadastro único de espera por transplantes de órgãos e tecidos.

A Lei nº. 9.434, veio suprir a lacuna que ficou aberta durante os 39 anos de transplantes no Brasil. Nesse período, a falta de uma legislação consistente

limitou o trabalho de profissionais, que já primavam por uma estrutura em transplante capaz de oferecer segurança, transparência e adesão da sociedade a essa causa, enquadrando-a como um problema atribuído à área das políticas públicas. A partir do ano 2000, foi criada a Portaria GM nº.905, a qual estabelece obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento das comissões intra-hospitalares de transplantes. Dessa forma, fica a central de transplantes com a total responsabilidade do processo de doação e captação de órgãos e tecidos no estado.

A melhoria dos índices de transplantes, logo após a regulamentação da Lei nº. 9.434, se deu de forma imediata, porém, não ascendente e sustentável, fato esse que, após dez anos da regulamentação da Lei, ainda enfrenta-se situações semelhantes às dos primórdios dos trabalhos do processo de doação, captação e transplantes de órgãos, quando os pioneiros em transplantes eram conhecidos como ‘heróis’ e ‘românticos’. Atualmente, a oferta de órgãos de doadores falecidos não preenche a demanda em quase todos os países que realizam transplante.

A desproporção crescente do número de pacientes em lista de espera, em confronto com o número de transplantes, é um fato inquestionável, cujo principal fator limitantes é a não notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica às CNCDOs, apesar de sua obrigatoriedade prevista em lei. (ROZA, 2000).

Observa-se que as ações políticas ligadas ao assunto doação-transplante, no Estado do Ceará, são tímidas e, porque não dizer, ainda no estágio do amadorismo. O órgão máximo, responsável pelos transplantes, no Estado do Ceará, executa suas atividades tentando suprir a inoperância dos serviços e dos profissionais que compõem o cenário social e dos atores sociais, respectivamente, engajados no processo de doação e captação de órgãos e tecidos.

2 JUSTIFICATIVA

Diante da realidade aqui descrita, compreende-se a necessidade de se lançar o olhar sobre o aspecto social, cultural, educacional, econômico, com vistas, também, para o envolvimento das iniciativas privadas, assim como, para as associações de pacientes e organizações não governamentais - ONGs. A parceria busca o envolvimento dos diversos atores sociais na busca das condições que melhor atendam às necessidades do objeto em questão, uma vez que as ações centralizadoras não são eficientes e deixam de lado questões prioritárias em detrimento de frivolidades.

Assim, é indispensável que todas as pessoas e todos os governantes, que atuam no âmbito público ou privado e na prestação de serviços, além dos profissionais da saúde ou de áreas diversas, estejam engajados e conscientes de suas responsabilidades social, moral e ética, relativamente, à saúde e, mais especificamente, à doação e transplantes de órgãos e tecidos.

Em decorrência dessa situação, a sociedade que acompanha as informações sobre a problemática dos transplantes de órgãos e tecidos, no Brasil, e, mais precisamente, no Estado do Ceará, presencia o desespero daqueles que vivenciaram ou vivenciam, através de parentes ou amigos, a angústia por ter que aguardar o momento do transplante, na chamada 'lista da agonia', vendo seus direitos primários afligidos. Foi isso, portanto, que definiu a opção por abordar este tema, reconhecendo-se como pertinente a presente pesquisa.

A motivação que levou à escolha deste tema se deve ao fato de trabalhar, como enfermeira, com pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, presenciando o sofrimento, a angústia e a expectativa desses pacientes e de seus familiares, diante da última esperança depositada na possibilidade da realização de uma cirurgia de transplante. Vivencia-se, assim, o cotidiano desses pacientes, inclusive o desespero de alguns quando recebem o diagnóstico da impossibilidade do transplante.

Ainda, como enfermeira da Central de Transplantes do Ceará, desde a sua fundação em 1998, no incansável trabalho pela busca ativa de potenciais doadores, visando à captação de órgãos e tecidos, não raras foram as vezes em que se sentiu a impotência, como profissional da área da saúde, diante do aumento desenfreado do número de inscritos na lista de espera por um transplante. Como profissional integrante desse processo, vivencia-se uma grande inquietação diante do crescente número de pessoas que esperam por um transplante de órgãos e tecidos, assim como dos óbitos de pacientes que depositaram a sua última esperança num transplante.

Consciente das responsabilidades que se tem e considerando o profissional de saúde como um dos principais atores sociais de mudança desse cenário e reconhecendo, com Garcia (2000), as dificuldades que a área dos transplantes apresenta, entende-se ser esse um problema sociocultural, estrutural, vivenciado não só pelo Estado do Ceará, mas também no restante do Brasil e no mundo;

Presenciando as atitudes dos profissionais da área da saúde em relação à doação e transplantes de órgãos, muitas vezes, caracterizadas como atitudes negligentes e omissas, percebe-se o descaso e a falta de formação no assunto doação e transplantes

Espera-se que uma nova legislação possa vir a mudar o cenário dos transplantes no Estado do Ceará, pois, muitas vezes, permanece-se perplexa diante da postura de profissionais que, à frente de suas obrigações inerentes ao desempenho de suas atividades, cometem negligências e omissões injustificáveis, dado o desconhecimento, ou mesmo, o descaso, quando se negam a realizar avaliações da condição neurológica de pacientes com suspeita de morte encefálica.

O beneficiário final deste trabalho será, portanto, a própria sociedade, para onde são destinados os órgãos doados para transplantes. A sociedade é, dessa forma, beneficiária direta e indireta, quando o transplante vem a trazer outras perspectivas para aqueles que podem recobrar a sua qualidade de vida e

voltar a ser economicamente e socialmente ativos.

Reconhece-se o muito que tem sido feito,, mas também, que muito ainda falta para que o processo de doação e captação de órgãos e tecidos ocorra com bases sólidas e estrutura consistente, visando à otimização de políticas públicas voltadas à doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos, com a efetivação de ações que utilizem todo o potencial de uma central de transplantes, criando-se novas perspectivas para a eficácia e eficiência dos transplantes de órgãos e tecidos no Ceará.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar as políticas públicas de doação, captação transplantes de órgãos e tecidos no Ceará.

Os objetivos específicos propostos foram: conhecer o gerenciamento das políticas em transplantes no Ceará; identificar a dinâmica e a rotina de funcionamento da central de transplantes do Ceará; verificar os fatores facilitadores e dificultadores da tramitação do processo de doação e captação de órgãos no estado; analisar o quantitativo dos transplantes, a relação com os indicadores e as repercussões para o estado do Ceará. analisar a atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos.

4 ENTENDENDO A NECESSIDADE DOS TRANSPLANTES

A dignidade da pessoa humana, segundo Singer (2002), é um conceito que evoluiu historicamente, chegando ao século XXI significativamente amparada juridicamente (FERRAZ, 1991). Além disso, o conceito de dignidade humana tem nítida fundamentação religiosa e faz parte da mais tradicional doutrina cristã.

afrontaram a dignidade da pessoa humana, foi o marco histórico que gerou a consciência de que se deveria preservar a dignidade da pessoa humana a qualquer custo, devendo-se, assim, lutar contra tudo que a viole (FERRAZ, 1991, p. 19).

A partir daí, iniciou-se a busca incessante pela proteção aos Direitos do Homem que deve se iniciar com a proteção às liberdades fundamentais e com o favorecimento de um tratamento justo e igualitário a todos, livre de preconceitos e discriminações.

Diante dessa nova realidade, o principal direito fundamental da pessoa humana é o direito à vida, não apenas no sentido de garantir a vida, mas da proteção que assegura uma vida digna. Na perspectiva de assegurar o direito a uma vida digna, o transplante de órgãos e tecidos não é apenas um ato de benemerência em favor do ser humano, mas volta-se à preservação da integridade física e do direito ao próprio corpo, à liberdade de consciência e do poder de dele dispor. A idéia de transplantar órgãos e tecidos é bastante antiga, mas sua prática evoluiu significativamente, a partir da década de 1980. Existem referências a experiências realizadas desde o início da história da civilização mundial, muitas das quais são lendárias, com registros até mesmo antes de Cristo, inclusive bíblicos (ASSIS NETO, 1998).

[...] há trezentos anos antes de Cristo, a tradição chinesa aponta a troca de órgãos entre dois irmãos feita pelo médico Pien Chiao. Estudos arqueológicos feitos no Egito, na Grécia e na América pré-colombiana registraram o transplante de dentes. Na era medieval, os santos médicos Cosme e Damião efetuaram o transplante de perna de um etíope para um branco (BERNARD, 1998, p. 71).

Entretanto, os transplantes de órgãos não vitais aumentaram significativamente no século XX. Os enxertos de pele se iniciaram no fim da década de 1920, como medida paliativa nos casos de queimaduras. Os

primeiros transplantes de córnea começaram em 1905 e sua prática cotidiana só foi consolidada em 1944, quando o primeiro banco de olhos mundial foi inaugurado, no Hospital Manhattam de Olhos, Ouvidos e Garganta (LAMB, 2000).

A eficácia do transplante de córnea na recuperação da visão possibilitou a integração desse serviço ao sistema de saúde pública de vários países. Nas últimas duas décadas do século XX, mais de 95% dos receptores de córnea tiveram sua visão restaurada, sendo que nos Estados Unidos da América (EUA), aconteceram mais de 28.000 transplantes de córneas no ano de 1986 (LAMB, 2000).

No Brasil, essa modalidade de transplante vem apresentando um crescimento numérico expressivo. Os dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) registram 4825 transplantes de córneas no primeiro semestre de 2006 contra 3239 no segundo semestre de 2004 (ABTO, 2006). A era moderna dos transplantes começou na década de 1950 com o transplante de órgãos não regeneráveis (LAMB, 2000). A década de 1980 foi marcada pelo surgimento de vários eventos tais como novas drogas imunossupressoras, a ciclosporina e o tacrolimus, a padronização nas retiradas múltiplas dos órgãos dos doadores cadáveres e o desenvolvimento por Belzer de uma nova solução de conservação de órgãos. Esses avanços permitiram obter resultados encorajadores nos transplantes de rim, coração e fígado proporcionando uma sobrevida de até 80% em dois anos aos pacientes transplantados (PEREIRA, 2004).

O transplante renal foi o primeiro dos procedimentos de transplante de órgãos largamente utilizado no tratamento da falência terminal de órgãos. As técnicas cirúrgicas básicas usadas no transplante renal, foram desenvolvidas no princípio do século XX, por Carrel, ganhador do prêmio Nobel de 1912, que ainda hoje são adotadas (SALMELA et al, 1995). A introdução da ciclosporina como agente imunossupressor, no início da década de 1980, foi um avanço, reduzindo significativamente a rejeição do rim transplantado. Isso, por si só,

não representava a solução de todos os problemas, pois ainda restava a escassez de órgãos e a rejeição crônica, problemas que são vivenciados inclusive nos dias atuais (SALMELA *et al*, 1995).

Somente após o ano de 1981, com a resolução dos maiores problemas envolvendo o transplante cardíaco, aumentaram os números de pacientes transplantados, chegando-se a mais de 100 ao ano. Foi nesse período, que se iniciou a era da ciclosporina, pois até então o controle da rejeição e da infecção eram realizados com extrema dificuldade, despertando a necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre a imunologia no transplante, para que fosse prolongada a vida desses pacientes (HARJULA *et al*, 1995).

O transplante de fígado representa a única forma de tratamento, bem sucedido, para pacientes portadores de uma grande variedade de doenças hepáticas terminais. Ele representa a única esperança para os pacientes que aguardam por essa modalidade de tratamento. Muitas técnicas de transplantes heterotópico foram descritas, em estudos experimentais realizados em caninos e a sobrevida pós-operatória mais longa relatada foi de cinco anos. Os resultados foram insatisfatórios e a técnica foi abandonada em favor do procedimento ortotópico, no qual o fígado do doador substitui o órgão doente (CHAIB, 2000).

Um passo importante para se tentar diminuir a falta de oferta de doadores, principalmente em crianças, foi a introdução por Raia e colaboradores (1989), na Universidade de São Paulo (RAIA, 1989), da técnica de transplante denominado de inter-vivos, em que de um doador vivo se retira o segmento lateral esquerdo do fígado para, posteriormente, ser transplantado numa criança. O primeiro caso com resultado bem-sucedido, utilizando um doador vivo, foi o relatado por Strong e colaboradores (1990), na Austrália. Estimulados pelas perspectivas desse procedimento, Broelsch e Lloyd (Universidade Chicago, 1993) organizaram o primeiro programa de doadores vivos.

O transplante de medula óssea vem também ganhando terreno, como

método para tratar certas doenças geneticamente determinadas, tais como a doença de Hodgkin e diferentes erros congênitos do metabolismo. O principal problema do transplante de medula óssea é o de se encontrar compatibilidade adequada em um conjunto de doadores relativamente pequeno. Os transplantes de medula óssea só são bem sucedidos com doadores HLA – compatíveis, sendo que uma das principais complicações é a reação de enxerto *versus* hospedeiro.

No intuito de se aumentar o número de doadores, tem-se registrado doadores HLA – tipados num banco mundial. Esse banco de materiais genéticos de doadores de medula óssea registrado tem contribuído significativamente para o aumento do fornecimento e redução dos custos (LAMB, 2000).

Enfim, além dos transplantes de rim e coração, outros transplantes também foram se desenvolvendo como o de pulmão, fígado, córnea, ossos, medula óssea, pele, ovários, testículos, nervos, orelha média, intestino delgado e tecido pancreático, proporcionando uma perspectiva de vida, a quem, outrora, era impossível.

Os transplantes de órgãos no Ceará, tiveram início, como em todo o país, com os transplantes de rim; equipes de cirurgiões e nefrologistas, se organizaram e formaram equipes transplantadoras. Motivados pelo anseio de transplantar e dar início à História dos transplantes no Ceará, começaram, em 1977, os transplantes renais com doadores vivos, no Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina.

Com a implantação do laboratório de histocompatibilidade no Hospital das Clínicas, da faculdade de Medicina do Ceará, surgiram novas perspectivas para os transplantes no nesse Estado, desta vez, com doadores cadavéricos; o laboratório que já funcionava como laboratório de doenças hepato-renais se estruturou e começou a realizar exames de HLA e Chrosmating, também dos doadores de órgãos cadavéricos. Impulsionado pelo trabalho do transplante de rim, em 1993, no Hospital Antônio Prudente, foi

realizado o primeiro transplante cardíaco no Estado do Ceará, não tendo sido estruturado neste período as atividades de transplante cardíaco no referido hospital.

Em 1997, com toda estrutura de uma equipe de transplante cardíaco, acontece o primeiro transplante de coração no Hospital de Messejana, sendo dada continuidade à prática dos transplantes cardíacos, também no Hospital Antonio Prudente, até o ano 2000. O Hospital de Messejana intensificou os transplantes cardíacos, colocando o Ceará em destaque nacional, em 2004, como o segundo Estado Brasileiro, em transplantes de coração.

Em 2002, aconteceu, no Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina do Ceará, o primeiro transplante de fígado. O Ceará já ocupa lugar de destaque no plano nacional como o sexto maior centro de transplante hepático; e o primeiro lugar no nordeste.

Em 2005, aconteceu a primeira captação de ossos no Ceará, no Hospital Geral de Fortaleza. Com a grande contribuição do centro de captação de ossos de Curitiba o qual já realizava captação de ossos no Ceará antes mesmo de estruturada a equipe do nosso Estado.

O Ceará, conta com equipe já credenciada para realizar transplante de pâncreas, porem, até o momento atual não foi iniciada mais esta prática em transplante no Ceará. Atualmente, o Ceará conta com dez equipes transplantadoras e um banco de olhos, fundado em janeiro de 2006, assumindo desde então a captação e preservação de córneas no Estado. O banco de olhos contribuiu para a qualidade das córneas a serem transplantadas e, conseqüentemente, para a qualidade dos transplantes realizados.

5 METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório, descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Foi realizado na Central de Transplantes do Ceará, nos centros de transplantes, em hospitais públicos de grande porte e em hospitais privados do

município de Fortaleza, no período de agosto a novembro de 2007. A população do estudo foi composta por nove representantes da Central de Transplantes do Ceará, quatro representantes dos centros de transplantes, 10 representantes das comissões intra-hospitalares de transplantes dos hospitais públicos, Instituto Dr. José Frota, hospital Geral de Fortaleza, hospital de Messejana, hospital César Cals, hospital Albert Sabin, hospital Waldemar Alcântara, hospital Walter Cantídio e hospital Cura D´Ars.

Ao todo, foram entrevistados 23 profissionais que atuam na área dos transplantes, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: profissionais que atuam, no mínimo, há um ano, nessa área e que aceitaram participar do estudo, disponibilizando tempo para responder às questões do estudo, os quais, em respeito ao compromisso ético de não identificação, serão referidos com a numeração de P1 a P23. A entrevista estruturada foi realizada mediante a utilização de um roteiro aplicado durante todo o desenvolvimento do trabalho.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se, inicialmente, os dados quantitativos, que permitiram analisar o número dos transplantes realizados no Estado do Ceará, bem como, a relação destes com os indicadores e as repercussões para o estado do Ceará, ou seja, de 2006 a 2007.

Tabela 1- Distribuição dos transplantes realizados no Estado do Ceará nos anos de 2006 e 2007.

Transplantes	Jan-dez 2006	2006/2007 2007	Variação(%) 2006 -2007
Coração	12	21	42,85
Córnea	210	282	34,28
Fígado	55	61	9,84

Rim (cadáver)	81	83	2,46
---------------	----	----	------

Fonte: Central de Transplantes do Ceará – CNCDO/CE

Na Tabela 1 observa-se que houve um aumento do número de transplantes cardíacos de 42,85% em 2006 para 2007, enquanto o transplante hepático teve um aumento de 9,84% e o de rim, de 2,46%. O aumento do número de transplantes cardíacos pode ser explicado, apenas, pela disponibilidade dos profissionais para realizar esse procedimento, pois não existe um fator determinante para esse aumento, visto que foi identificado o maior número de óbitos em 2006 (41.035), sendo que em 2007 ocorreram 35.095, ou seja, o ano de 2006 deveria ter apresentado um maior número de transplantes realizados. Quanto ao transplante de córneas, verificou-se um aumento de 34,28%, fato explicado por ser, o ano de 2006, o primeiro da atuação do banco de olhos no Estado do Ceará.

Tabela 2 - Relação entre a notificação e a efetivação de possíveis doadores no Ceará – 2006 a 2007.

Ano	Notificação	Efetivação	% de doação
2006	185	73	39,46
2007	222	82	36,94

Fonte: Central de Transplantes do Ceará – CNCDO/CE

De acordo com a Tabela 2, verifica-se que, apesar de haver um grande percentual de notificações, a efetivação dessas não é satisfatória. Observa-se, na prática, uma sub-notificação dos casos de morte encefálica à central de transplantes. Mesmo na realização da busca ativa, pelas enfermeiras da Central de Transplantes do Ceará, são negados os casos de morte encefálica existentes nas unidades abordadas. A sociedade precisa estar consciente da importância da doação, gerando, assim, órgãos para transplantes e, por sua vez, também se beneficiar com a realização destes. Os profissionais da saúde, conscientes do

seu papel, passarão a viabilizar e a efetivar todos os casos possíveis de captação de órgãos e tecidos.

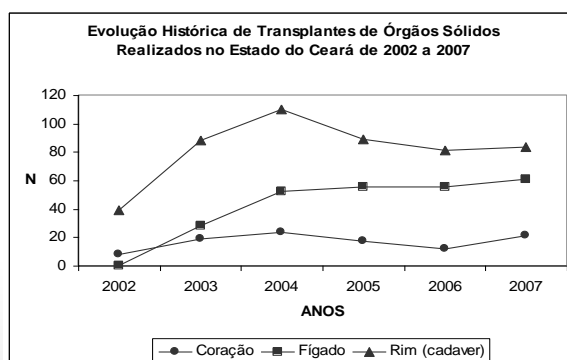
Tabela 3 – Distribuição do percentual das causas da não efetivação da doação de órgãos no Ceará – 2006 a 2007.

Ano	Negativa familiar	Contra indicação médica	Morte encefálica não confirmada	Infra-estrutura inadequada	Outros
2006	50,8	27,6	9,6	-	15,1
2007	39,2	24,3	17,6	0,7	18,2

Fonte: Central de Transplantes do Ceará – CNCDO/CE

Conforme a tabela 03, a principal causa de não efetivação da doação de órgão é a negativa familiar. Apesar de ser reportada à família, a grande causa da não efetivação da doação, percebe-se que, ao longo dos anos, há uma maior sensibilização desta, devido, principalmente, a um maior acesso a informações e à colaboração da mídia, com a divulgação dos benefícios desse ato. Apesar disso, faz-se necessário que ações mais incisivas dos governos e dos órgãos gestores venham a programar políticas públicas de educação para a sociedade e equipes multiprofissionais, abrangendo os diversos atores sociais do cenário doação/captação/transplantes de órgãos e tecidos.

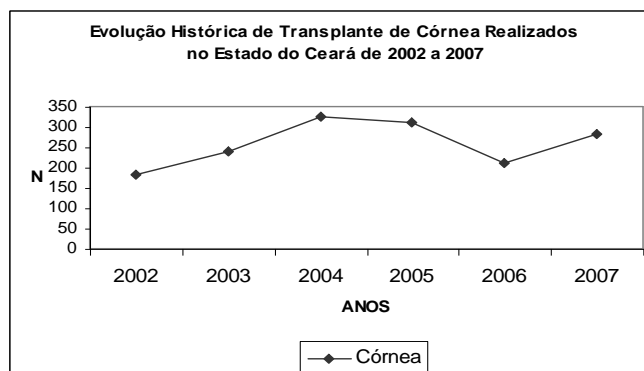
Gráfico 1 - Distribuição dos transplantes de órgãos sólidos realizados entre os anos de 2002 a 2007.



Fonte: Central de Transplantes do Ceará – CNCDO/CE.

No gráfico 1 observa-se que houve um aumento dos transplantes de órgãos de 2002 a 2004, sendo que o órgão mais transplantado nesse período foi o rim, seguido do fígado e do coração. A partir de 2004, os transplantes de fígado não tiveram aumento significativo e os transplantes renais sofreram queda relevante. Esse gráfico mostra que não há uma ascensão ou manutenção dos números de transplantes realizados no Estado do Ceará, não havendo, dessa forma, a sustentabilidade dessa prática.

Gráfico 2 – Distribuição dos transplantes de córneas realizados de 2002 a 2007 no estado.



Fonte: Central de Transplantes do Ceará – CNCDO/CE

O gráfico 2 mostra que os transplantes de córneas tiveram um aumento de 50% no período de 2002 a 2004 e uma redução significativa de 2004 a 2006. Em 2006 começou, novamente, uma ascensão destes, devido à criação do banco de olhos do Ceará, sendo apontado, nesse ano, pelas estatísticas, como o maior número de transplantes realizados (394), desde a criação da Central de Transplantes do Estado do Ceará.

Os dados qualitativos foram agrupados em quatro categorias e treze subcategorias: Transplante de órgãos no Ceará: uma busca contínua para a melhoria da assistência; a elaboração de projetos para otimização do processo de doação e captação de órgãos e o reflexo na prática; enfermeira: Atuação no

processo de captação de órgãos e tecidos; Comissões Intra-Hospitalares: o novo desafio.

Categoria 1 - Transplante de órgãos no Ceará: uma busca contínua para a melhoria da assistência

- A precariedade do serviço: A busca pela melhoria da atenção

A esse respeito, alguns entrevistados deram as seguintes respostas que se considerou significativas:

A situação é precária, não só aqui no Ceará, como no nível nacional. A questão da falta de informação leva as pessoas a terem medo de doar. P11
Acho que a situação não é boa. A gente está nesse trabalho há 15 anos e ainda estamos marcando passo com coisas que já deveriam ter sido resolvidas há muito tempo. P8

Acho que aqui nós temos muitos doadores. O IJF é um hospital que tem muitas doações e a gente não consegue ir à frente com as doações. Acho que tem muitos pacientes onde a gente não consegue chegar... poderíamos ter um número maior de doações se fôssemos comunicados dos potenciais doadores. Às vezes, quando somos comunicados, o paciente já está sem condições. P6

Diante do esforço dos profissionais que trabalham na Secretaria de Saúde e na Central, a situação dos transplantes no Estado do Ceará comparada ao resto do país é insatisfatória. Existe um amadorismo dos profissionais diante de uma política tão séria como a dos transplantes. P1

A situação é difícil. Daria para a gente captar mais se tivesse um incentivo do governo, bem como dos profissionais que trabalham nos hospitais. Fazemos a maior captação de órgãos no IJF onde tem uma sobrecarga de serviços. P9

Estamos engatinhando. Muita coisa tem que ser feita e nós tentando agilizar o ritmo da doação. Precisa melhorar na estrutura, na parte profissional. P7

Apesar de sermos o segundo doador de órgão no Brasil, ainda estamos engatinhando. Daria para melhorar muita coisa no sentido de captação de órgãos nos hospitais, pela conscientização de profissionais médicos e enfermeiros. Acho que grande parte do que conseguimos captar é mais por boa vontade dos profissionais que trabalham na Central de Transplantes. P23

Observa-se, nas falas dos profissionais, a ansiedade por melhorias na infra-estrutura do processo de doação e captação de órgãos e tecidos, que devem ser asseguradas pelas políticas públicas voltadas à doação, captação e transplantes de órgãos. Considera-se que o campo dos transplantes, como sendo também um problema que não foge à saúde coletiva, desenvolve-se em duas áreas: a Teórica e a Política. Essas duas fases, com seus subitens, nos fazem perceber a dimensão do papel de um gestor estadual de transplantes (citar modelo técnico-assistenciais em saúde).

- A criação da Central de Transplantes do Ceará e os avanços conseguidos

Aqui no Ceará; depois da criação da central, o número melhorou embora seja pequeno em relação a uma demanda acumulada. Temos todo um potencial para realizarmos mais transplantes. P22

Tivemos muitos avanços, como a própria criação das centrais de transplante no Ceará em 2007. Assistimos a um crescimento significativo de transplantes até 2004. Em 2005, houve estagnação e em 2006, uma queda. Porém, isso aconteceu, também, no nível mundial. No Ceará, os centros transplantadores têm qualidade. Pessoas do Sul e Sudeste estão vindo realizar seus transplantes por conta dessa qualidade. Já temos até equipes autorizadas

para realizar transplantes de pâncreas e de pulmão e outras se especializando para evitar que as pessoas daqui se desloquem para outros Estados. P2

Atualmente, os programas que estão para ser implementados serão desenvolvidos no Hospital de Messejana. Eles estão tentando implantar a captação de pulmão, para termos transplantes em pulmão aqui no Estado. No HC estão tentando implantar o de fígado e rim. Foi, também, iniciado, no HGF, o transplante ósseo, mas não conseguimos implementar realmente. P23

Não há dúvida de que houve avanços, após a criação da Central de Transplantes do Ceará. A estrutura, organização e responsabilidade passaram a ter um referencial. O cadastro técnico veio a centralizar na CNCDO a lista única, conferindo maior segurança e confiabilidade na imparcialidade da decisão de quem receberia o órgão doado. O Ceará começa a se destacar no cenário nacional. Os dados numéricos melhoraram significativamente. Houve período em que se destacou em alguns tipos de transplantes isolados, especificamente no transplante cardíaco, onde, já foi o primeiro lugar no Brasil, superando São Paulo onde funcionam cinco centros de transplantes cardíacos.

Categoria 2 - A elaboração de projetos para otimização do processo de doação e captação de órgãos e o reflexo na prática

- A falta de projetos levando a sentimentos de desapego ao trabalho

As únicas atividades, hoje desenvolvidas são aquelas meramente explícitas sobre doação. Não existe nenhum projeto, pelo menos, que seja do meu conhecimento. P17

Se existe nenhum, não conheço. Nós da Central de Transplantes já deveríamos estar em parceria com hospitais, escolas e universidades. Nunca tivemos portas abertas para esse lado. P8

Acredito que tenha aqui na Central, mais nunca me envolvi com projetos. P6

Na Central são atividades isoladas porque na minha concepção projetos têm que ter uma estabilidade... Por exemplo, temos uma fila de 800 pessoas para córneas. Não existe um projeto de sustentação para zerar essa fila. A própria central não está conseguindo. P1

Percebe-se que não existem ações ou projetos que visem à estruturação de uma política de transplantes no estado. As atividades dos profissionais da central estadual de transplantes se limitam, exclusivamente, às atividades finais que, no processo de doação e captação, são da competência dos atores sociais correspondentes aos profissionais que trabalham nos hospitais.

Vislumbrando caminhos para uma assistência de qualidade

Temos projetos no sentido de fazer as comissões funcionarem e a gente supervisionar. Fazer com que os hospitais assumam seus papéis para melhorar. P7

Em andamento, está a implementação e o fortalecimento das comissões intra-hospitalares de transplantes... É um programa e estamos capacitando alguns membros que permanecerão com carga horária exclusiva para isso. Estamos fazendo uma capacitação local em cada hospital para que essas comissões funcionem melhor e fiquem independentes. P22

No começo, tivemos um projeto pela FUNCAP, que era de estruturação e funcionamento da Central de Transplantes do Estado. Não tinha como pagar essas pessoas e a Secretaria conseguiu colocar pela FUNCAP. Fizemos, também, um projeto nas escolas públicas de nível médio, com palestras sobre doações de órgãos e tecidos. P15

Temos um projeto que estamos trabalhando e faz parte da política da Central que é de desenvolvimento das comissões intra-hospitalares. Atualmente, a coordenação está organizando, junto à chefia de enfermagem, um sistema de acompanhamento e monitoramento desse trabalho de apoio das enfermeiras e das comissões. P2

Temos projetos na parte educativa e a própria ampliação da captação.

P13

Percebe-se, na fala dos entrevistados, que os projetos até hoje realizados foram tímidos e sem base sólida para implementar uma política, além do que, nenhum dos entrevistados menciona a avaliação de projetos. Na realidade, não se conseguiu identificar, nessa pesquisa, nenhum projeto realizado pela Central de Transplantes, desde a sua criação.

Categoria 3 - Enfermeira: atuação no processo de captação de órgãos e tecidos

- A Enfermeira como participante de todos os trâmites para que o transplante aconteça

O Enfermeiro, através dos hospitais, faz a busca desses potenciais doadores e, através deles é que a gente consegue captar os melhores. Atua fazendo todo esse processo de captação dos órgãos. Ele faz desde a busca no hospital, avaliação do paciente, se tem potencial doador, tipo de doença de base, se vai ser um doador ou não, repassando esses dados para todas as equipes. Ele é um elo entre o hospital e a equipe transplantadora ou captadora.

P23

A principal atribuição da enfermagem é se envolver com todo o processo de doação e transplante. O enfermeiro realiza a busca ativa, liga para os hospitais para saber se tem paciente com morte encefálica ou se houve óbito recente. Uma vez identificado, a enfermeira se dirige para o local e realiza todo o processo da doação e da entrevista familiar. Tem o papel de fiscalizar qualquer coisa contrária às portarias vigentes. P22

Observa-se a necessidade urgente da redefinição de papéis dos profissionais da Central de Transplantes e dos coordenadores das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos. Talvez porque, tanto os profissionais da Central como os das comissões serem enfermeiros, há uma indefinição de onde termina o trabalho de um e onde começa o do outro. Ou, ainda, talvez pela realização do papel das comissões serem realizados pelo

enfermeiro da Central de Transplantes, este, tenha se acomodado com essa condição já aceitando-a como um fato. Acredita-se que a execução das ações, no tocante à parte técnica do processo de doação e captação, pelos funcionários da Central de Transplantes, aos quais compete a parte de gestão, desconfigure, totalmente, a imagem deste setor, o que teria repercussões negativas para a implantação da política.

- O papel do enfermeiro como coordenador, fiscalizador e supervisor de todo o processo

O papel do enfermeiro seria o de coordenar, supervisionar todo o processo desde a notificação do potencial doador até a distribuição de órgãos... Durante as várias etapas de doação, começamos pela notificação. Em primeiro lugar, faz-se a busca ativa para ter essa notificação. P17

Nós deveríamos estar numa atuação de auditoria, de formação de profissionais, na manutenção de potenciais doadores, com busca ativa. P8

Hoje, o Enfermeiro, chegando ao hospital faz busca ativa, liga para os hospitais na tentativa de identificar potencial doador de órgãos e tecidos. Fazemos a parte burocrática, falamos com a família, quando termina a doação, liberamos a documentação para o IML, providenciamos coleta de exames, fazemos manutenção, abordagem familiar até a entrega do corpo para a família. P5

Tem uma função de fazer busca ativa para detectar possíveis doadores nos hospitais, viabilizar o diagnóstico da morte encefálica, criar rotinas para oferecer aos familiares dos pacientes a possibilidade de doação. O enfermeiro, também de articular junto a central para organizar o processo e doação e captação de órgãos e tecidos. P24.

É importante porque depende do enfermeiro passar do ambiente de trabalho para a Central de Transplantes. O enfermeiro faz esse elo entre seu trabalho e a Central. P19

Notificar, fazer busca no hospital, fazer o relatório anual, identificar a quantidade de óbitos. Fazer o elo desse hospital com a Central. P9

Notificar todas as situações de possíveis doadores, articular com CDO e procurar aperfeiçoar esse processo de doação diariamente. P14

O papel dos profissionais da Central de Transplantes se confunde com o papel dos executores do processo de doação e captação de órgãos. Ações como, ligar para as instituições hospitalares para a obtenção da notificação, não são coerentes. A Lei 9.434 (BRASIL, 1997) é bem enfática quando exige que os hospitais realizem a notificação dos casos de morte encefálica à central de transplantes. Já transcorridos dez anos da Lei, ainda não ficou estabelecido no Ceará esta obrigatoriedade.

- O cuidado de enfermagem ao cliente e a família no processo de doação, captação e recepção de órgãos

Estamos fazendo manutenção de potencial doador, indo atrás desse potencial doador. Hoje, o trabalho que desenvolvemos vai desde a identificação do potencial doador, no caso da capacitação ser positiva, até acontecer o processo de entrega do corpo para a família. P8

A partir do momento que ele tem potencial, já sabemos que temos de ter o cuidado com essa família. Se aceita ou não. Se já tem morte encefálica falamos com a equipe para manter. P7

Fazemos a manutenção, vemos o paciente juntamente com o médico e através das equipes é que vamos fazer as captações. P14

Busca fazer toda essa manutenção do paciente, que esses órgãos sejam mantidos para que o transplante siga em frente. Ele faz também o elo da central com a família. Passa todas as informações para a família, orienta. Geralmente, quem aborda a família é o Enfermeiro da central. P23

Faz todo o acompanhamento no centro cirúrgico, coordena as equipes na hora da retirada dos órgãos, realiza o transporte desses órgãos após a

distribuição e também se envolve na manutenção do programa do ministério da saúde. P22

Ainda hoje, o nosso papel é assistencial. Estamos dentro do hospital fazendo manutenção, notificação, identificando potencial doador, trocando soro, fazendo exames, colocando drogas, pedindo aos médicos para realizarem exames. Tentando agilizar o processo. P5

Realizar busca ativa, esclarecer, manter clinicamente esse cadáver, realizar os cuidados. O doador quando diagnosticado da morte encefálica pelo médico, deverá ser cuidado pelo enfermeiro local. P1

Facilita nesse sentido fazendo a manutenção do paciente, exames laboratoriais e dessa forma com que aconteça a captação. P9

Percebe-se a necessidade de combinar as dimensões racionalidade e preocupação pelo resultado da ação. Consideram-se as possibilidades técnica e política, como também, as orientações funcionais e substanciais, concordando com COHEN (1993), que estas dão origem a quatro tipos de ações racionais sempre presentes na vida governamental porque todas são necessárias para o seu desenvolvimento.

A angústia dos familiares com o processo de doação e captação de órgãos fica bem explícita na fala dos pesquisados. Parece que a insatisfação dos familiares, a falta de informação e a rudeza no trato expressam situações cotidianas não resolvidas no atendimento à saúde em geral. E essas são responsáveis muitas vezes pela decisão da família pela doação. Profissionais habilidosos e antes de qualquer coisa, que respeitem a dor do outro, que tenham disposição de tempo para dar a assistência devida aos familiares, com certeza vai interferir na decisão de doação.

- Indignação: a enfermagem executando outros papéis

Hoje, a gente fica na situação de forçar um pouco para que as coisas aconteçam. A gente é provedora de boa vontade para que os outros profissionais executem o papel que lhes compete... Temos de estar em busca

desses profissionais para que eles realizem e não que a coisa aconteça naturalmente. Somos nós que participamos das entrevistas familiares quando na verdade, deveria ser com as Assistentes sociais dos hospitais. Hoje, executamos os diversos papéis de outros profissionais que deveriam está exercendo. P17

Hoje, nosso papel esta muito desviado. Nós deveríamos está na política de formação profissional, na parte de educação continuada... Na parte científica da coisa. [...] Já era para os hospitais estarem com suas comissões atuando e a gente num trabalho de nível mais elevado. Na verdade, estamos fazendo o papel das comissões intra-hospitalares. P8

Precisamos fazer a parte de fiscalização nos hospitais onde tem as comissões. Fazer com que estas funcionem porque estão lá, porem paradinhas. Por exemplo, no IJF aparece na emergência um doador, precisamos está lá, se não, a coisa não anda. Falta conscientização do hospital, apesar de ter uma comissão. Os próprios profissionais não se conscientizam , deixam tudo a critério da central. P7

O papel do enfermeiro é fazer praticamente tudo. Se as comissões funcionassem perfeitamente teríamos condições de fazer outras coisas. Entrei na central desde 2002, e é o mesmo trabalho. Não evolui. Somente nas pequenas coisas. No hospital público sentimos muita dificuldade em algumas unidades porque quando chegamos lá é como se o paciente fosse nosso. Deixam a gente e temos de fazer tudo. Inclusive quando chegamos para fazer a busca ao perguntarmos se tem paciente com morte encefálica não sabem informar. P6.

Percebe-se que o responsável pela condução de uma política de transplante no Ceará vem usando um único método, que é a prestação de serviços produzidos pela sua própria burocracia. Um gestor inovador deveria pensar a adotar medidas que separem as decisões políticas (a orientação do barco) da prestação de serviços (o impulso dos remadores). As organizações bem sucedidas distinguem a direção superior da gerencia de operações, de

modo a permitir “que a direção superior se concentre no processo decisório e na estratégia a seguir”.

- Enfermeira: desenvolvendo educação em saúde para o Transplante

Outras atividades que estamos fazendo, atualmente, são entrevistas e palestras nas Escolas, Universidades e nos hospitais, nos jornais, televisão e no rádio. P17

A gente faz um trabalho com a família e até mesmo com esses profissionais e com a família do doador. P23

Temos de evoluir para outras atribuições, como supervisionar, fomentar pesquisas, formar os núcleos de educação permanente em transplantes e, também, que acompanhar o paciente, sensibilizar as comissões intra-hospitalares, treinar, tirar dúvidas e mostrar a importância de um transplante.. Ao meu ver, seria importante educar, sensibilizar, realizar pesquisas com o intuito de transformar a realidade das políticas públicas. P1

A enfermeira é responsável pelo programa de educação continuada dos funcionários da instituição e fazer o *endomarketing* na instituição para que todos conheçam a existência desse processo. P24

O trabalho da enfermeira é grande e devemos sensibilizar todas as pessoas do hospital desde o médico ao porteiro. P14

O trabalho da enfermeira seria na parte da educação continuada. Levar a população e todos os profissionais do hospital a conhecer a importância da comissão, seu papel junto as unidades hospitalares. P11

Percebe-se que existe certa motivação dos profissionais em trabalhar com o a doação de órgãos e tecidos. Os que se envolvem, realmente, querem fazer alguma coisa para mudar a realidade atual. No entanto, as ações deveriam estar sendo bem direcionadas com o intuito de obtermos respostas. Políticas de

transplantes voltadas para a educação devem ser fomentadas, tanto a nível de sociedade como a nível de profissionais. Um outro grupo que não pode ser esquecido são os acadêmicos, principalmente da área da saúde, os quais poderiam deste alunos participarem de projetos voltados para o assunto doação de órgãos.

Categoria 4 - Comissões intra-hospitalares (CIHDOTT): o novo desafio

- Esclarecendo o processo: papel principal das CIHDOTT

Esclarecer todos os profissionais do hospital quanto ao processo, ou seja, facilitar os processos. Quando a comissão intra-hospitalar faz o esclarecimento adequando para toda a equipe do hospital, para o Serviço social, Enfermeiros, médicos, o processo é mais rápido. P17

Fazer um papel educacional de forma que as coisas andem sem que ela esteja presente. No final de semana, quando não estiver presente que as pessoas do hospital saibam que elas existem. E que possam trocar informações por telefones, perguntando, tirando dúvidas. Mesmo na sua ausência que seja notificada. P7

É educar. Pelo próprio local em que trabalham. A equipe intra-hospitalar é aquela que está lá presente fazendo com que as pessoas conheçam o papel do potencial doador e até da própria equipe dentro desse universo. P9

Outro papel importante é a educação continuada sensibilizando todos os profissionais do hospital, desde os agentes administrativos, pessoais da limpeza até a diretoria do hospital para quando surgir um doador o processo tenha um fluxo sem a presença de um membro da comissão para que as coisas aconteça. Educar também os profissionais para que no caso de maus tratos estes acione o serviço social e este o serviço tutelar. P22

O papel da comissão é o que a gente está executando e que elas poderia fazer melhor. Fazer busca, manutenção, o trabalho educativo nos hospitais, pois todos deveriam saber da existência dessas comissões e qual é o seu papel. P6

Acredita-se que o mais urgente é a reestruturação do funcionamento das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos. Seria um grande passo a ser dado no Estado do Ceará, porém se a formação desses profissionais não se der por pessoas experientes no assunto, poderá ser um perfeito desastre. Creio que todas as mobilizações agora sejam necessárias para esse passo.

- Comissão acompanhando todo o processo de doação

O papel seria a identificação do potencial doador, acompanhar o fechamento do diagnóstico da morte encefálica, acompanhar a manutenção desse doador. P17

Fazer a busca diariamente no hospital em que trabalha. Ter um elo, de forma que, quando tiver um doador, mesmo ela não estando presente, que seja comunicada e onde esteja possa direcionar a coisa. P7

Principalmente, coordenar, no nível do hospital, o papel da doação, transplante, de agilizar todo o processo. Identificar potenciais doadores, se o diagnóstico foi feito dentro da lei, realizar entrevista com a família doadora, notificar a central, participar da retirada dos órgãos. P22

O que se almeja é que as comissões, realmente, funcionem contemplando todos os pontos da Portaria nº.1.262 (BRASIL, 2006c) e que os gestores da Central de Transplantes do Ceará forneça aos coordenadores das CIHDOTTs todos os subsídios, para que essa estrutura venha a cumprir o que determina a citada Portaria, em vigor. Para isso, há a necessidade de um consenso entre os profissionais da central de transplantes.

O papel da comissão é de intermediadora. É como se ela fosse uma sub-parte da central. O núcleo da central dentro dos hospitais. Então tem de ter profissionais lá dentro que conheça a política de transplantes e que trabalhe fazendo toda parte de identificação do potencial doador e sendo conhecedor dessa política porque vão fazer a parte de fiscalização, vistoria, distribuição, fiscalização das equipes, abordagem familiar. P8

Ela deveria ser aquele órgão dentro da instituição hospitalar para agilizar todo o processo da doação. Desde a identificação do potencial doador, manutenção, parte educacional, entrevista com a família, ou seja, agilizar o processo de doação. Prover todos os meios para que a coisa aconteça. P5

Facilitar todo o processo de transplante e captação. Desde a identificação do potencial doador até a retirada e distribuição dos órgãos e termina com entrega do corpo para a família. P1

Com o efetivo funcionamento das CIHDOTTS, todos os trâmites do processo de doação serão acompanhados pelo profissional do hospital. Esse profissional, que se encontra na instituição, é a pessoa mais indicada para resolver questões internas na instituição hospitalar. O acompanhamento dos familiares poderá ser feito mais de perto, levando-se em consideração as particularidades de cada família. O coordenador, conhecendo bem a dinâmica do hospital, com certeza, terá uma resolutividade maior das situações emergentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo pôde-se concluir que inexistente uma política de transplantes no Estado do Ceará. Todas as ações tomadas, até o momento, pela Central Estadual de Transplantes estiveram voltadas para a parte técnica do processo de doação e captação de órgãos e tecidos. Por outro lado, as instituições hospitalares não assumem as responsabilidades que lhes são inerentes, não se sentindo responsáveis pelas ações no processo de doação de órgãos e tecidos, cobrando dos profissionais da central de transplantes as atribuições de sua responsabilidade. O desgaste da imagem dos formuladores da política, assim como as suas insatisfações, são visíveis na fala dos entrevistados desta pesquisa, dentre os quais podem ser citados algumas:

Percebe-se que as inquietações que motivaram esta pesquisa, levaram ao

entendimento da necessidade de mudanças das estratégias adotadas pela Central de Transplantes do Ceará. A valorização dos profissionais dessa instituição, assim como a consideração de suas opiniões e sugestões, poderia ser muito útil para o novo desenho de uma Central de Transplantes com enfoque na política em transplantes no Estado do Ceará.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABTO. **Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. RBT – Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XII, nº 1 – janeiro/junho, 2006, p. 4-56.

ASSIS NETO, F. **Esperando um coração: doação de órgãos e transplantes no Brasil**. Pelotas: Universitária, 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERNARD, Jean. **A bioética**. São Paulo: Ática, 1998.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. *Lei Nº 8.142*. Brasília: Senado Federal, 19 de setembro de 1990b.

BRASIL. **Lei nº. 9.434**. Brasília: Senado Federal, de 04 de fevereiro de 1997.

BRASIL. **Portaria nº. 905/GM**. *Brasília: MS*, 16 de agosto de 2000.

BRASIL, Tribunal de Contas da União. **Avaliação de Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Brasília, DF: TCU. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2006.

FERRAZ, Sérgio. **Manipulações biológicas e princípios constitucionais: uma introdução**. Porto Alegre: Fabris, 1991.

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

LAMB, D. **Transplante de Órgãos e Ética**. São Paulo: Sociedade de Vigilância de Vigilância de Medicamentos, 2000.

PEREIRA, W. A. (Coord.) **I Reunião de diretrizes para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos.** Campos de Jordão:, 28 a 30 de março de 2003.

ROZA, Bartira de Aguiar. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares:** intencionalidade de uma nova doação. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2005.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **A ética e a metodologia.** São Paulo: Pioneira, 1998.