

IPST

**Relatório sobre as causas da diminuição das colheitas e
transplantação de órgãos**

Referente ao despacho 16351/2912, de 24 de Dezembro de sua Ex. o
Secretário Adjunto do Ministro da Saúde

Grupo de trabalho para avaliar exaustivamente as possíveis causas
para a diminuição de transplantações de órgãos em Portugal e
propor medidas corretivas

16-05-2013

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
1. INTRODUÇÃO	4
1.1. Situação nacional	4
1.2. Situação internacional.....	5
2. METODOLOGIAS UTILIZADAS PARA INVESTIGAR AS CAUSAS DA DIMINUIÇÃO DE TRANSPLANTAÇÕES EM PORTUGAL	6
3. CARATERIZAÇÃO DA REDE DE COLHEITA	7
4. ANÁLISE DOS INQUÉRITOS ENVIADOS ÀS UCI E AOS SU	8
4.1. Metodologia	8
4.2. Resultados dos inquéritos feitos a UCI e SU	8
4.3. Tipologia de cada UCI/SU	9
4.4. Variação do número de camas “ativas” em UCI/SU	9
4.5. Relação do n.º de casos de morte cerebral e n.º de dadores de órgãos	10
4.6. A eficiência na colheita de órgãos.....	10
4.7. Composição, treino e motivação das equipas	10
4.8. Relação com existência de pessoal com formação específica	10
4.9. Relação com critérios de seleção de dadores	11
4.10. Relação com motivação dos profissionais.....	11
4.11. Relação com as características do Hospital / Centro Hospitalar	11
4.12. Relação com protocolos ou algoritmos de atuação	12
4.13. Comentários / Sugestões	12
5. CONCLUSÕES DA ANÁLISE DOS INQUÉRITOS FEITOS A UCI E SU	13
5.1. Principais problemas referidos.....	14
6. PROBLEMAS DETETADOS POR GABINETES COORDENADORES DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO	16
6.1. Enquadramento, condicionantes e obstáculos	16
6.2. Recomendações	16
7. PROBLEMAS DETETADOS POR UNIDADES DE TRANSPLANTAÇÃO	18
8. CONCLUSÕES GLOBAIS SOBRE OS MOTIVOS DA DIMINUIÇÃO DE COLHEITAS E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	19
8.1. Motivos ligados à organização do sistema de transplante	19
8.2. Motivos ligados à organização hospitalar	19

8.3.	Motivos ligados a questões financeiras:	20
9.	RECOMENDAÇÕES.....	21
9.1.	A prosseguir pelas Administrações Hospitalares	21
9.2.	Por alterações normativas e legislativas	21
9.3.	A prosseguir pelo Ministério da Saúde, ACSS e Administrações Regionais de Saúde (ARS)	22
9.4.	A prosseguir pelo IPST	23
9.5.	A prosseguir pelas unidades de transplantação	23
9.6.	A prosseguir pelos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação	24
9.7.	Da forma de financiamento da atividade.....	24
—		26

1. INTRODUÇÃO

Em 2009, Portugal atingiu um pico no número de dadores cadáver de órgãos, com uma taxa de 31 dadores por milhão de habitantes (pmh), (329 dadores cadáver); nesse mesmo ano, também a transplantação atingiu valores máximos, com um total de 928 transplantes de órgãos efetuados. Não obstante, a partir de 2010 assiste-se ao decréscimo do número de dadores, e ainda mais acentuado do número de transplantes efetuados, atingindo em 2012 uma taxa de 23,9 dadores pmh (252 dadores) e 681 transplantes efetuados.

Tendo em conta a importância e gravidade desta diminuição, Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde determinou pelo Despacho 16351/2012, de 24 de Dezembro, a criação de um grupo de trabalho para avaliar exaustivamente as possíveis causas para a diminuição de transplantações de órgãos em Portugal e propor medidas corretivas.

As conclusões apresentadas referem-se à análise de circunstâncias e de fenómenos, de longa data, relacionados com colheitas e transplantes. Foram avaliados com particular detalhe os últimos 4 anos, sendo que os impactos negativos verificados incidem especialmente nos últimos dois anos, pelo que se torna imperativo agora resolvê-los.

1.1. Situação nacional

Tal como referido anteriormente, a diminuição do número de dadores em morte cerebral verifica-se já em 2010, acentuando-se muito nos dois últimos anos (Figura 1).

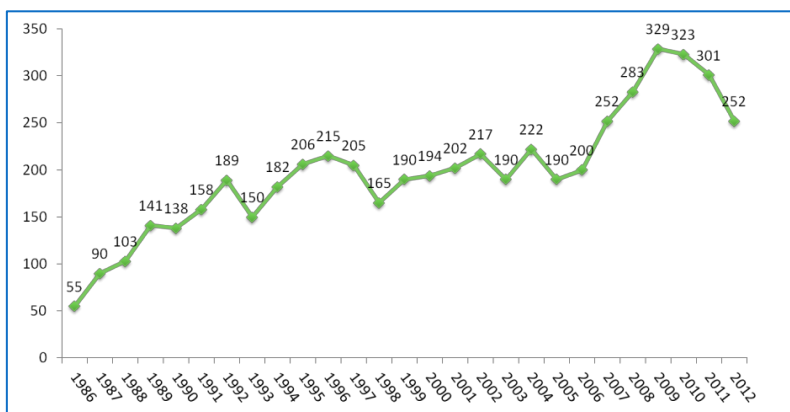


Figura 1 – Evolução do número de dadores em Morte Cerebral (Dados Colheita e Transplantação 2012 – IPST, IP)

Em Portugal as principais patologias suscetíveis de evoluir para morte cerebral são, desde há vários anos, os acidentes vasculares cerebrais.

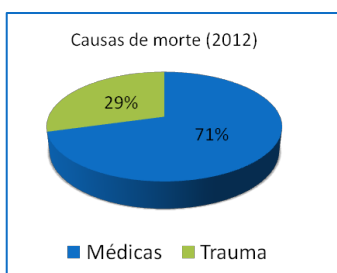


Figura 2 – Causas de morte em dador cadáver; em 2012 71% (N=178) das causas de morte dos dadores em morte cerebral são de origem

médica e apenas 29% de origem traumática (N=74) (Dados Colheita e Transplantação 2012 – IPST, IP)

1.2. Situação internacional

Na Europa, observa-se, em alguns países, diminuição de colheita de órgãos, mas em outros, como a Bélgica ou a Croácia, esse número tem aumentado.

A Comissão Europeia tomou a iniciativa de promover estudos internacionais que visem a identificação dos vários problemas em cada Estado Membro referentes à escassez de órgãos para transplantação.

Em Espanha, país em que a colheita de órgãos é considerada um paradigma de eficácia, houve, em 2010, um decréscimo de doação que levou a serem estabelecidas novas recomendações destinadas a otimizar a identificação de doadores e o aproveitamento de órgãos. Essas medidas, bem como o sucesso crescente de programas de colheita em casos de paragem circulatória e o aumento da transplantação renal de dador vivo, conduziram a que esse país continue a ter excelentes taxas de colheita de órgãos.

2. METODOLOGIAS UTILIZADAS PARA INVESTIGAR AS CAUSAS DA DIMINUIÇÃO DE TRANSPLANTAÇÕES EM PORTUGAL

O Grupo de Trabalho (GT):

1. Analisou dados estatísticos existentes e alguns documentos referentes a medidas entretanto tomadas;
2. Enviou um inquérito elaborado pelo GT às Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e aos Serviços de Urgência (SU);
3. Questionou todos os Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD) da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação, relativamente a problemas existentes e medidas a implementar que possam contribuir para a superação das barreiras à deteção de dadores;
4. Reuniu-se com os Diretores dos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT);
5. Auscultou as posições de responsáveis de Unidades de Transplantação sobre esta questão;
6. Analisou o Relatório elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a pedido do grupo de trabalho, para este efeito.

No desenrolar dos trabalhos a que o GT se propôs surgiram, no entanto, algumas dificuldades que importa explicitar:

1. Inexistência de dados rigorosos sobre populações de referência de cada hospital, o que prejudica a comparação da eficiência do potencial de doação;
2. Inexistência de dados estatísticos sobre o número de camas com capacidade ventilatória existentes nos hospitais do País;
3. Ausência de respostas aos inquéritos enviados por um número considerável de UCI e de SU, apesar de diligências feitas junto dos seus responsáveis e dos respetivos Conselhos de Administração (CA). O GT não dispõe de informação sobre os motivos da ausência de resposta;
4. Falta de informação sobre UCI e SU de instituições que não pertençam diretamente ao Serviço Nacional de Saúde;
5. Ausência de resposta de Coordenadores Hospitalares de Doação ao questionário apresentado. O GT não dispõe de informação sobre as causas da ausência de resposta, apesar das várias insistências.

3. CARATERIZAÇÃO DA REDE DE COLHEITA

De acordo com a Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio, *a rede nacional de coordenação de colheita e transplantação (rede), é constituída pelos coordenadores hospitalares de doação e por gabinetes coordenadores de colheita e transplantação (GCCT).*

Aos CHD compete a deteção, seleção e manutenção de dadores e aos GCCT, a organização dos aspetos logísticos relacionados com a colheita e transplantação.

Ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST) compete assegurar superiormente a articulação entre CHD, GCCT e Unidades de Transplantação, bem como a dinamização e a supervisão de todas as atividades relacionadas com a transplantação de órgãos e tecidos.

Os níveis de atividade de deteção de dadores e colheita de órgãos, expectáveis em cada hospital, dependem da tipologia dos hospitais, nomeadamente dos serviços de urgência, medicina intensiva existentes e número de camas “ativas” com capacidade ventilatória.

Fazem atualmente parte da Rede de Colheita, 45 coordenadores hospitalares de doação, atuando em 36 hospitais/centros hospitalares, comumente designados por “hospitais dadores”, articulados com os 5 GCCT (2 no Porto, 1 em Coimbra e 2 em Lisboa).

Os GCCT foram criados nos hospitais onde, inicialmente existia maior potencial de colheita.

Estão atualmente em funcionamento 8 unidades de transplantação renal, 3 unidades de transplantação hepática, 2 de transplantação pancreática, 4 de transplantação cardíaca e uma de transplantação pulmonar.

4. ANÁLISE DOS INQUÉRITOS ENVIADOS ÀS UCI E AOS SU

4.1. Metodologia

No sentido de conhecer a realidade global hospitalar, o GT identificou e considerou alguns fatores chave potencialmente responsáveis pela variação do número de dadores de órgãos. Esses fatores integraram o inquérito referente ao período de estudo – 2008 a 2012.

- Tipo de UCI/SU;
- Variação do número de camas “ativas” nas UCI;
- Causas de morte em cada UCI/SU, número de casos de morte cerebral diagnosticados e número de dadores efetivos de órgãos;
- Eficiência na utilização de possíveis dadores;
- Composição das equipas, treino e motivação dos profissionais de saúde;
- Recursos humanos e técnicos;
- Critérios de seleção usados para identificar potenciais dadores;
- Existência de protocolos ou algoritmos de atuação.

Reconhecendo-se a importância da opinião dos diretores/coordenadores das UCI/SU, foram incluídas no inquérito, além das questões de resposta fechada mencionadas, algumas questões de resposta aberta, sobre os seguintes temas:

- Motivação dos profissionais de saúde;
- Sugestões para aumentar a motivação dos profissionais de saúde;
- Medidas para aumentar a deteção de dadores nas UCI/SU.

4.2. Resultados dos inquéritos feitos a UCI e SU

O GT identificou fatores com influência potencial na variação do número de dadores de órgãos, tendo avaliado a sua evolução no período 2008 a 2012. Procurou-se avaliar:

- A tipologia de cada UCI/SU;
- A variação do número de camas “ativas”;
- As causas de morte de cada UCI/SU;
- Os números de casos de morte cerebral diagnosticados e de dadores de órgãos;
- A composição das equipas, treino e motivação dos profissionais de saúde dos serviços;
- Os recursos humanos e técnicos;
- Os critérios de seleção usados para identificar dadores potenciais;
- A existência de protocolos ou algoritmos de atuação.

No inquérito foram também obtidos comentários dos inquiridos.

4.3. Tipologia de cada UCI/SU

O inquérito foi enviado para todos os responsáveis/coordenadores das UCI e SU, num total de 135 inquéritos enviados.

Foram inquiridas 135 UCI e SU, tendo sido recebidos 66 inquéritos, dos quais foram validados 55.

Responderam 56% de UCI e 29% de SU, distribuídas pelos hospitais articulados com os vários GCCT.

Responderam 74 inquiridos (54,8%), dos quais 8 (10,8%) informaram não responder ao questionário por não terem atividade de colheita de órgãos e 8 (10,8%), apesar de terem respondido, não se articulam com nenhum dos GCCT. Assim, consideraram-se válidas para análise do inquérito, 55 respostas, o que representa 41% do número total de unidades contactadas.

Dos hospitais que integram a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação, em 5 (11%) casos não houve resposta por parte de nenhum dos serviços contactados. Dos restantes, em apenas 10 (22%) se obteve resposta de todos os serviços contactados.

As unidades inquiridas foram contactadas oficialmente (via correio eletrónico e ofício enviado por correio) e diversas vezes por contacto telefónico não sendo, no entanto, conhecidas as razões de ausência de resposta.

Por outro lado, limitações do próprio IPST como falta de recursos humanos necessários à avaliação da atividade, falta de tecnologias de informação atualizadas, ausência de apoio estatístico especializado, constituem-se inequivocamente como constrangimentos na obtenção de respostas e na sua análise.

4.4. Variação do número de camas "ativas" em UCI/SU

Da observação da variação do número de camas "totais" e do número de camas "ativas" no período 2008 a 2012 e a sua comparação com a variação do número de dadores, verificou-se que globalmente a variação (positiva) do número de camas não explica, por si só, variações do número de dadores, que deverão ter em conta a taxa de ocupação, não considerada neste inquérito.

Estes dados referem-se exclusivamente aos inquéritos respondidos, não podendo, por isso, ser extrapolados para o número oficial de camas.

Em algumas instituições houve efetivamente diminuição do número de camas. Nestes casos as principais causas referidas para a existência de camas inativas foram, sobretudo, a falta de recursos humanos e de espaço físico, decorrentes de decisões superiores.

Não foi possível obter o número oficial de camas com capacidade ventilatória, um dado de extrema importância no contexto do presente trabalho.

Constata-se que as principais causas de morte são:

1. Sepsis/Falência Multiorgânica;
2. Problemas cardiovasculares;
3. Insuficiências respiratórias.

4.5. Relação do n.º de casos de morte cerebral e n.º de dadores de órgãos

Dois terços das unidades inquiridas afirmaram não ter esses dados disponíveis ou não responderam.

4.6. A eficiência na colheita de órgãos

Quando avaliada a situação atual da eficiência da colheita de órgãos nas respetivas unidades constata-se que mais de metade das unidades não considerou a sua atividade eficiente. Mesmo assim, todos consideraram ter melhorado a sua eficiência no período de tempo considerado (2008 a 2012).

Ao cruzar as respostas a esta questão com a percentagem de dadores processados, relativamente a 2012, observa-se que (86%) das unidades, que processavam menos de 50% dos potenciais dadores, afirmaram estar insatisfeitos.

Os fatores limitantes da eficiência mostraram ser, em primeiro lugar, as características do Hospital/Centro Hospitalar, seguidas da relação com composição das equipas, treino e motivação dos profissionais, relação com critérios de seleção de dadores e por último, a relação com protocolos ou algoritmos de atuação.

4.7. Composição, treino e motivação das equipas

Dos serviços respondentes, cerca de 75% mostram concordância com a existência de recursos suficientes para processar todos os potenciais dadores avaliados: profissionais de saúde e especialistas necessários para fazer o diagnóstico de Morte Cerebral (MC), bem como serviços de apoio.

4.8. Relação com existência de pessoal com formação específica

Em cerca de 95% dos casos, os inquiridos responderam ter pessoal com formação específica na identificação do dador, diagnóstico de morte cerebral, avaliação do dador e manutenção do dador.

4.9. Relação com critérios de seleção de dadores

Na globalidade dos inquiridos, cerca de 75% utilizam **critérios expandidos** para seleção de dadores potenciais, valor concordante com o expresso pelos GCCT.

Três quartos dos inquiridos referem ter conhecimento dos critérios para identificação de possíveis dadores na sua unidade.

4.10. Relação com motivação dos profissionais

A larga maioria dos inquiridos (87%) considera que o pessoal médico das suas unidades / serviços compreende a importância da eficiência nos processos de seleção e manutenção de dadores e de colheita de órgãos e que está motivado para a sua eficácia. Por outro lado, é muito significativo o número de inquiridos que afirmam não ser possível aumentar a motivação do pessoal médico.

Cerca de 50% dos inquiridos considera a divulgação e formação adequadas.

4.11. Relação com as características do Hospital / Centro Hospitalar

Dos inquiridos, 22% considera **não ter condições permanentes para o diagnóstico de morte cerebral**. Mais de 80% dos serviços inquiridos têm acesso permanente a laboratório de bioquímica e hematologia, acesso permanente a laboratório de microbiologia e a acesso a TAC CE.

A maioria dos hospitais (70%) não tem acesso permanente a Eco-Doppler transcraneano mas este fator não é limitativo do diagnóstico de morte cerebral, pois existem outros meios complementares de diagnóstico disponíveis.

Existem também diferenças apreciáveis entre GCCT no que diz respeito à existência de especialistas creditados para o diagnóstico MC.

Na maioria dos hospitais considera-se existir um conhecimento adequado dos critérios para a identificação dos possíveis dadores.

4.12. Relação com protocolos ou algoritmos de atuação

Em relação a existência de protocolos ou algoritmos de atuação no processo inicial de doação, apenas **22%** dos inquiridos consideraram não ter protocolos formalizados.

No geral, todos consideraram haver potencial de melhoria nestes aspetos.

4.13. Comentários / Sugestões

Foi pedido aos inquiridos que indicassem medidas que pudessem levar a um aumento da deteção de dadores na respetiva unidade/serviço. Há uma grande sintonia na necessidade de ações de formação/divulgação/sensibilização para melhorar a identificação do potencial dador.

5. CONCLUSÕES DA ANÁLISE DOS INQUÉRITOS FEITOS A UCI E SU

A avaliação dos resultados do inquérito não permite indicar uma causa única que possa explicar as variações do número de dadores entre 2008/2010 e 2010/2012. Assim recorda-se (ver capítulo 4.1.) que a metodologia proposta pelo Grupo de Trabalho pressupunha um conjunto de condições que não foi possível operacionalizar para a concretização do presente relatório:

1. Existência de dados oficiais do número de dadores por unidade/serviço para comparação e validação dos dados do inquérito;
2. Existência de dados fiáveis sobre a população servida por cada hospital, não sendo portanto possível obter taxas de doação comparáveis;
3. Obrigatoriedade de resposta aos inquéritos enviados pelo GT, às UCI, SU e também às Administrações Hospitalares;
4. Agilidade e fidedignidade no fornecimento ao GT por parte das Administrações Hospitalares dos dados referentes às respetivas UCI (ex. nº real de UCI por Centro Hospitalar, contactos de coordenadores etc.), gerando necessidade de múltiplos contactos e alterações metodológicas no estudo;
5. Dificuldades na obtenção dos contactos atualizados das UCI e SU, junto das entidades competentes.

Apesar das limitações referidas, podemos identificar as seguintes causas como as mais frequentes:

1. Falta de formação específica (em 20 unidades/serviços inquiridos);
2. Número insuficiente de profissionais (em 17 unidades/serviços inquiridos);
3. Redução do número de camas “ativas” (em 2 unidades /serviços inquiridos);
4. Falta de condições permanentes para o diagnóstico de morte cerebral (em 16 unidades/serviços inquiridos).

Não obstante as dificuldades mencionadas consideramos que o inquérito deve ser valorizado atendendo ao facto da quase totalidade dos hospitais/centros hospitalares com variação negativa da doação estar abrangida no âmbito dos respondentes ao inquérito.

As alternativas metodológicas encontradas foram:

- 1) Análise de cada um dos processos inquiridos extraíndo a informação qualitativa útil para a caracterização do problema;
- 2) Análise agregada por GCCT, que permitiu trabalhar os dados oficiais agregados existentes, comparando-os com os resultados obtidos nos inquéritos, também estes agregados por GCCT.

A análise dos resultados dos inquéritos no grupo de Hospitais/Centros Hospitalares que diminuíram a doação nos períodos considerados permitiu identificar um conjunto de fatores

cuja ocorrência simultânea e interação poderão explicar, com razoabilidade, variações da identificação de possíveis dadores e, assim, variações na doação.

Fizeram-se distribuições dos hospitais por Gabinetes e só foram registadas as respostas consideradas desfavoráveis e mais significativas ao processo de transplantação. Foram feitas 2 tabelas: uma com todos os hospitais de cada GCCT que responderam ao inquérito e, outra, dentro de cada GCCT, incluindo os hospitais que diminuíram a doação de órgãos.

Ao contrário dos resultados globais do Inquérito realizado a UCI/SU, quando se agrupam os hospitais pela premissa comum, que é a diminuição da doação de órgãos, múltiplos fatores se evidenciam como interferências na variação da identificação do possível dador.

Assim, nesta análise do GT ficam identificados de uma maneira global os itens considerados como possíveis causas da redução do número de transplantes.

São de valorizar as situações/respostas que cada unidade funcional (Diretor/Coordenador) considerou, pois constituem uma possibilidade para um diagnóstico individualizado. Ressalvam-se as limitações já referidas e também o facto de existirem perguntas de resposta aberta.

5.1. Principais problemas referidos

Unidades/Serviços articulados com o Gabinete do Centro Hospitalar de Lisboa Central: 20 respondentes

Em 12 (60%) foram identificados problemas de **formação** sobre identificação de possíveis dadores e/ou da sua manutenção.

O número de profissionais insuficientes (médicos e enfermeiros) foi registado em 4 (20%).

Cinco (25%) referiram **não ter condições permanentes para fazer o diagnóstico de Morte Cerebral**.

Um (5%) evidenciou redução do número de camas.

Unidades/Serviços articulados com o GCCT do Centro Hospitalar de Lisboa Norte: 13 respondentes

Em 12 (92,3%) há necessidade de **formação**.

Há **número de profissionais insuficientes** em 5 (38,5%).

Dois (15,3%) dizem **não ter condições permanentes para fazer o diagnóstico de Morte Cerebral**.

Verificou-se **redução de camas** em 2 (15,3%).

Unidades/Serviços articulados com o GCCT do Centro Hospitalar de São João: 5 respondentes

Há necessidade de **formação** em 4 (80%).

Em 2 (33,3%) o **número de profissionais é insuficiente**.

Em 2 (33,3%) **não há condições permanentes para fazer o diagnóstico de Morte Cerebral**.

Não se evidenciou redução do número de camas com capacidade ventilatória.

Unidades/Serviços articulados com o GCCT do Centro Hospitalar do Porto: 6 respondentes

Há necessidade de **formação** em 4 (66,6%).

Em 3 (50%) o **número de profissionais é insuficiente**.

Em 3 (50%) **não há condições permanentes para fazer o diagnóstico de Morte Cerebral**.

Não se evidenciou redução do número de camas com capacidade ventilatória.

Unidades/Serviços articulados com o GCCT do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra: 12 respondentes

Em 6 (50%) há necessidade de **formação**.

Há **número de profissionais insuficientes** em 8 (66,6%).

Quatro dizem **não ter condições permanentes para fazer o diagnóstico de Morte Cerebral** (33,3%)

Não se evidenciou redução do número de camas com capacidade ventilatória.

Resumindo, os principais problemas evocados foram:

- Formação inadequada;
- Número de profissionais insuficientes;
- Ausência de condições permanentes para o diagnóstico de Morte Cerebral;
- Redução do número de camas com capacidade ventilatória.

6. PROBLEMAS DETETADOS POR GABINETES COORDENADORES DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO

Reportam-se as principais preocupações, condicionantes, obstáculos e hipóteses de melhoria expressas pelos profissionais envolvidos.

6.1. Enquadramento, condicionantes e obstáculos

- Trata-se de uma atividade flutuante e não previsível, que exige uma estrutura permanentemente disponível (24 horas por dia, 365 dias por ano), formada por equipas altamente diferenciadas, cujos elementos dificilmente podem ser substituídos;
- A manutenção dos dadores, processo conducente à doação, é tecnicamente complexo e exige um importante investimento técnico processual, sendo passível de interrupção por condicionantes várias dos serviços ou por indisponibilidade de recursos humanos e materiais;
- Há falta de recursos humanos diferenciados (intensivismo, neurologia e neurocirurgia) em algumas instituições;
- A falta de estabilização dos quadros dos hospitais, com mudança frequente de médicos e outros profissionais que formam as equipas de urgência, condiciona a identificação de potenciais dadores;
- Os potenciais dadores localizados em serviços hospitalares ou nas urgências, podem ser recusados pelas UCI por falta de condições logísticas ou por agravarem os indicadores assistenciais das mesmas (mortalidade e tempo de internamento);
- Há discrepância na atribuição das verbas aos profissionais envolvidos nas atividades de colheita e transplante, sem uniformidade de critérios entre os vários hospitais, provocando alterações na motivação dos profissionais envolvidos;
- Há desmotivação dos profissionais, por não verem reconhecido o trabalho desenvolvido na área da doação;
- Há problemas sociais dos familiares para suportar encargos das cerimónias fúnebres nos casos em que o dador permanece em hospitais distantes do seu local de origem, apenas para se proceder à colheita de órgãos.

6.2. Recomendações

- Cada hospital deve implementar um sistema de alerta envolvendo os diferentes profissionais das UCI e dos SU, de modo que as situações de doentes com lesões potencialmente irreversíveis do sistema nervoso central sejam reportadas precocemente ao Coordenador Hospitalar de Doação;
- Estabilização dos quadros hospitalares, evitando que profissionais sensibilizados e treinados na identificação de dadores sejam transferidos para outras unidades em que não haja potencial de colheita;
- Uniformização do pagamento (“incentivos”) aos profissionais nas diversas instituições;

- Reconhecimento do mérito das unidades onde se efetua a identificação e manutenção de doadores mediante a atribuição de equipamentos ou facilidades que melhorassem o seu desempenho global (por exemplo mais um ventilador ou uma cama extra para esta atividade);
- Formação de profissionais da emergência, urgência, INEM, unidades intermédias, etc.;
- Responsabilização dos CA dos hospitais pela promoção das atividades relacionadas com a doação e transplante;
- Retomar os cursos de formação de Coordenadores Hospitalares de Doação;
- Criar mecanismos para que em todos os hospitais seja possível a realização das provas de morte cerebral 24/24h, mesmo que esta disponibilidade envolva, para a sua realização, a deslocação de médicos especialistas com estas competências entre hospitais;
- Formação a nível das universidades e escolas.

7. PROBLEMAS DETETADOS POR UNIDADES DE TRANSPLANTAÇÃO

Tal como referido na metodologia, foi solicitada a responsáveis de 15 Unidades de Transplantação (UT), a enumeração de motivos de constrangimento inerentes à transplantação, bem como ao envolvimento dos profissionais da instituição nas colheitas, tendo respondido 7 (47%).

Tendo em consideração que muitos dos constrangimentos apontados pelas UT, foram já referidos, iremos apenas enumerar os novos aportes.

É assim muito importante que estejam disponíveis, a nível regional, meios técnicos para avaliar a qualidade dos órgãos colhidos, designadamente, é necessário que se possam sempre obter exames histológicos em tempo útil.

Os inquiridos salientam os seguintes problemas que afetam a atividade:

- As equipas de colheita, formadas por médicos e enfermeiros, exercem esta atividade sem horário fixo, frequentemente noturno, ao que acresce a necessidade de mobilidade em distâncias variáveis e em situações de segurança imprevisíveis, não cobertas por seguro específico;
- Não é efetuado ressarcimento adequado às horas despendidas para esta atividade;
- Na maioria das situações, não é assegurado o descanso compensatório, referente ao trabalho noturno e em dias de folga;
- Recursos humanos, técnicos e de espaço físico por vezes escassos e desadequados à realização dos vários procedimentos (manutenção, cirurgia, entre outros).
- Administrações Hospitalares com diferentes graus de conhecimento da realidade da transplantação, algumas com progressivo desinteresse e insensibilidade pelos problemas levantados pelas equipas técnicas;
- Perceção de que as Administrações Hospitalares consideram insuficientes as verbas disponíveis para a colheita de órgãos;
- Chefias intermédias das quais dependem profissionais essenciais à colheita e à transplantação, pouco flexíveis à mobilidade durante o seu período de trabalho;
- Falta de transparência e desigualdade na problemática dos honorários das Equipas de Colheita e Transplante;
- Ausência de consequências para as Unidades Hospitalares que "desperdiçam" dadores e órgãos para transplante;
- Falta de auditorias regulares que permitam avaliar as Unidades Hospitalares e Equipas de Colheita;
- O facto de os GCCT não disporem, por vezes, de anestesista para acompanhar as equipas de colheita e/ou dos hospitais que referenciam o dador não disponibilizarem os seus anestesistas.

8. CONCLUSÕES GLOBAIS SOBRE OS MOTIVOS DA DIMINUIÇÃO DE COLHEITAS E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Da análise da documentação produzida e consultada conclui-se estar globalmente aquém da capacidade de utilização de possíveis dadores, existindo assimetrias regionais significativas. Importa não só resolver as questões relativas à colheita, como prever o impacto na implantação de órgãos e garantir que o sistema está capacitado para utilizar com equidade e eficiência a oferta de órgãos.

8.1. Motivos ligados à organização do sistema de transplante

- Definição tardia da coordenação da atividade de colheita e transplantação, na transição da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST) para o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST);
- Ausência de um sistema de informação integrado eficaz que permita uma monitorização contínua da atividade dos Serviços de Urgência, das UCI e dos GCCT;
- Ausência de registos normalizados, de forma a poder identificar em tempo real o índice de desperdício de potenciais dadores, de órgãos viáveis e de incumprimento de normas;
- Ausência de auditorias periódicas, internas e por parte dos órgãos de supervisão, com a periodicidade necessária à atempada identificação dos problemas;
- Ausência de uma “Lei Nacional de Transplantação”, e correspondentes Diplomas Regulamentares, que integrem e atualizem as diversas disposições normativas;
- Ausência de um plano de formação nacional e transversal sobre deteção de potenciais dadores, diagnóstico de morte cerebral e manutenção;
- Ausência de um plano de comunicação intra-hospitalar e para o público em geral.

8.2. Motivos ligados à organização hospitalar

- A Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação não inclui todas as unidades com potencial de doação;
- Os gabinetes e as coordenações locais revelam capacidade insuficiente para detetar situações de baixo desempenho e promover junto dos órgãos responsáveis a introdução de medidas corretivas;
- Insuficiência do número de camas de cuidados intensivos, agravada pelo encerramento deste tipo de camas em algumas unidades hospitalares;
- Instabilidade das equipas de urgência e de cuidados intensivos por modificações da sua constituição e chefia;
- Alterações das valências das diversas instituições;
- Elevada mobilidade de profissionais;

- Ausência de sistemas de controlo interno que monitorizem continuamente os processos e notifiquem os CA das falhas;
- Ausência de enquadramento orgânico que alinhe os profissionais envolvidos no desiderato da promoção da colheita – unidade constituída com contrato interno com objetivos definidos com prémios de desempenho e penalizações previstas;
- Diversas instituições hospitalares, públicas e privadas, com potencial para identificação de dadores que não se constituíram como hospitais de doação.

8.3. Motivos ligados a questões financeiras:

- Falta de transparência da política de distribuição das verbas destinadas à colheita e transplantação (“incentivos”) com desigualdades gravosas entre diferentes instituições do SNS e, mesmo dentro da mesma instituição, entre diferentes serviços;
- Incentivos às colheitas insuficientes para cobrir as despesas associadas e para incentivar os profissionais numa atividade particularmente diferenciada;
- Atrasos no processamento dos incentivos;
- No caso das Parcerias Público Privadas (PPP) e das instituições privadas não está previsto o ressarcimento da atividade de colheita;
- Não está previsto o pagamento de “incentivos” para transplantes quando o sujeito não pertence ao SNS ou quando é beneficiário de um subsistema;
- Diminuição do preço da hora extraordinária dos profissionais;

9. RECOMENDAÇÕES

9.1. A prosseguir pelas Administrações Hospitalares

1. As Administrações dos Hospitais devem considerar as atividades de detecção, seleção e manutenção dos dadores como relevantes na atividade hospitalar;
2. Deve ser de apreciação obrigatória nas sessões de conselho os relatórios de todas as estruturas envolvidas na atividade, devendo ficar registadas em ata as decisões sobre as recomendações contidas nestes relatórios;
3. Os profissionais envolvidos devem ser enquadrados em unidades funcionais, estabelecidas para o efeito;
4. Garantir que haja efetiva negociação dos planos de atividade entre os CA e os coordenadores para que todas as partes estejam envolvidas nesses planos;
5. Os CA devem contratualizar com as unidades de colheita e transplante tendo em atenção normas orientadoras nacionais no que respeita à avaliação do desempenho e a penalizações e incentivos;
6. Os coordenadores das unidades de transplante e colheita devem ser avaliados em função do desempenho da unidade e também revista a continuidade na função;
7. Garantir disponibilidade de pessoal de apoio a esta atividade nomeadamente anestesista e enfermeiros conforme as situações identificadas pelos respetivos GCCT;
8. Disponibilizar apoio de secretariado aos GCCT e aos CHD de modo a centralizar a informação e facilitar auditorias;
9. Promover a articulação de serviços de forma a garantir, em permanência, a disponibilização dos meios complementares de diagnóstico necessários para a decisão da utilização de órgãos, principalmente quando se trata de dadores com critérios expandidos (exames histológicos, ecocardiograma, ecografias, etc.);
10. Cada instituição hospitalar deve ter normas para maximizar a identificação de potenciais dadores e garantir a conformidade processual;
11. Devem existir, a nível de cada hospital, protocolos de tratamento do dador; devem estar previstos os casos em que será necessário transferir o possível dador;
12. Cada instituição deve ter processos de controlo que monitorizem diariamente a atividade das Urgências e das UCI por forma a acompanhar os processos e a medir o desempenho;
13. Cada instituição deve efetuar auditorias internas regulares em que esta atividade seja abrangida.
14. Garantir aos profissionais as remunerações suplementares previstas para a colheita e transplantação de órgãos.

9.2. Por alterações normativas e legislativas

1. Revisão de toda a legislação atual e preparação de uma “Lei Nacional de Transplantação”;
2. Criar legislação que promova a proteção do dador vivo e desenvolvimento dos respetivos programas de transplantação;

3. Regularizar a colheita de órgãos em paragem circulatória;
4. Reforçar a imagem e poder do coordenador hospitalar de doação com base no reconhecimento e concessão do tempo necessário para esta atividade, de forma autónoma e superiormente reconhecida, isolado de outras funções que exerça na instituição;
5. Criar Normas de Orientação Clínica (NOC) para a identificação de potenciais dadores, processamento da colheita e da atribuição dos órgãos e registos da atividade;
6. Definir os requisitos mínimos comuns do sistema de informação nacional de colheitas, atribuição dos órgãos e transplantes, que deve ter em conta a necessidade de ser concertado com os demais sistemas de informação central nomeadamente os relativos ao financiamento e aos do controle da atividade cirúrgica;
7. Prever o alargamento do pagamento da colheita e disponibilização de órgãos a instituições privadas e PPP;
8. Prever o alargamento do pagamento das verbas atribuídas à realização de transplantes, a título de “incentivos”, a beneficiários de sub-sistemas;
9. Prever formas de pagamento específicas aos profissionais, que promovam o aumento da atividade.

9.3. A prosseguir pelo Ministério da Saúde, ACSS e Administrações Regionais de Saúde (ARS)

1. Avaliar o desempenho dos membros dos Conselhos de Administração Hospitalar, tendo em conta as decisões no que respeita à atividade de colheita e transplantação e os resultados apresentados;
2. Integrar no Contrato Programa com as instituições, objetivos e metas consentâneos com a promoção da atividade e da qualidade;
3. Instituir linhas verticais de financiamento para esta atividade, prevendo pagamentos integrados por episódio concluído;
4. Promover a integração da informação de controlo do IPST com as bases de dados centrais nomeadamente as referentes ao financiamento, à atividade hospitalar e ao acompanhamento do contrato programa;
5. Desenvolver e implementar programas de monitorização e controle das normas que vierem a ser publicadas pelo IPST, bem como disponibilização a esta última entidade de aplicações de apoio à decisão, com dados qualificados para que esta possa monitorizar em tempo real a atividade;
6. Acompanhar o exercício da atividade com particular enfoque no cumprimento contratual destes programas verticais;
7. Devem ser estabelecidos objetivos de colheita de órgãos para cada instituição, em função da tipologia do hospital, devendo o seu cumprimento ser alvo de incentivos/penalizações;
8. Devem ser incluídas na contratualização hospitalar (contrato Programa) cláusulas de qualidade referentes aos indicadores de identificação de possíveis dadores, de colheita de órgãos em dador cadáver, de processamento adequado dos órgãos e análise das taxas de utilização dos órgãos disponibilizados.

9.4. A prosseguir pelo IPST

1. Propor um conjunto de normas a implementar a nível nacional relativas a processos e registos que otimizem o desempenho e que permitam a monitorização;
2. Propor, em concertação com a ACSS, uma regulamentação relativa a incentivos e penalizações que possa ser transposta para os contratos programa;
3. Definir um conjunto mínimo de aplicação nacional de critérios de aceitação e rejeição de órgãos;
4. Alargar a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação a todos os hospitais onde existam unidades de cuidados intensivos, unidades de AVC ou serviços de urgência, independentemente do seu estatuto jurídico ou administrativo;
5. Retomar os cursos de formação de coordenadores hospitalares de doação;
6. Programar ações de formação, destinadas sobretudo a profissionais de Unidades de Cuidados Intensivos, de Unidades de Tratamento de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e de Serviços de Urgência, adequadas às necessidades de cada instituição;
7. Monitorizar continuamente a atividade de colheita e transplante e ainda da qualidade dos registos;
8. Implementar um sistema de auditorias regulares aos GCCT e hospitais da rede, utilizando metodologias já internacionalmente validadas, de forma a contribuir para uma melhoria na referência de potenciais dadores;
9. Promover auditorias excecionais quando for detetada uma diminuição significativa do número de colheitas de órgãos;
10. Promover, em articulação com os GCCT programas de educação hospitalar que permitam garantir a cultura transversal de colheita e transplantação, para que profissionais de várias áreas estejam atentos a eventuais dadores;
11. Criar mecanismos de avaliação do desempenho partindo da análise comparada da atividade de colheita e transplante nos vários hospitais;
12. Disponibilizar permanentemente aos profissionais envolvidos os dados estatísticos referentes a colheitas de órgãos;
13. Acompanhar o desempenho dos GCCT e CHD e reportar aos respetivos CA e à tutela;
14. Disponibilizar relatórios anuais públicos com todos os indicadores relevantes à apreciação do desempenho de cada instituição;

9.5. A prosseguir pelas unidades de transplantação

1. Uniformizar, com base nas orientações centrais, os critérios de aceitação e rejeição de órgãos entre as diversas equipas e garantir tempos de resposta;
2. Garantir que nas 3 principais regiões do país em que se realiza transplantação exista a capacidade permanente de realização de exames de histologia para decisão sobre utilização dos órgãos;
3. Registar incidentes que interfiram na atividade de colheita e transplante, promovendo uma cultura de responsabilidade em que a notificação das falhas consubstancie um dever fundamental uma vez que é a forma mais eficaz de corrigir os processos;

4. Efetuar um relatório trimestral a apresentar aos GCCT e aos CA, em que se aprecie a produção, a conformidade processual, a análise dos incidentes e em que se elaborem propostas numa lógica de melhoria contínua.

9.6. A prosseguir pelos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação

1. Uniformizar, com base nas orientações centrais, os critérios de aceitação e rejeição de órgãos entre as diversas unidades e garantir tempos de resposta;
2. Deve existir em cada hospital da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação a possibilidade de certificar a morte cerebral; nos hospitais que não dispõem dos recursos permanentes para esse efeito, designadamente de médicos habilitados para efetuar esse diagnóstico, os GCCT devem dispor de um especialista que se possa deslocar a outras instituições, quando tal se tornar imperioso;
3. Garantir a disponibilidade de meios técnicos para a decisão sobre a aceitação de órgãos de dadores com critérios expandidos;
4. Promover o registo de incidentes que interfiram na atividade de colheita e transplante.

9.7. Da forma de financiamento da atividade

1. O financiamento das atividades de colheita e transplantação deve ser feito através de “programas verticais” (como os já em vigor em outras atividades assistenciais). A aplicação das referidas verbas deve ser totalmente transparente e os critérios de financiamento bem definidos;
2. Alterar a forma de financiamento da atividade da deteção e manutenção de dadores e colheita de órgãos de modo a corrigir o prejuízo económico que atualmente constitui o conjunto dessas atividades;
3. Promover o uniforme e adequado financiamento da atividade, substituindo a utilização do termo “incentivo” à colheita e transplantação, quando aplicado ao pagamento às instituições, por criação de uma correspondente “linha vertical”;
4. Atualizar os cálculos dos custos de deteção, referenciação e manutenção de dadores e colheita de órgãos para os hospitais e implementar uma política de financiamento uniforme;
5. As verbas atribuídas às instituições e que se destinem a pagamento dos profissionais devem ser adequadas e distribuídas de forma clara e uniforme evitando criar assimetrias não justificadas entre grupos profissionais e entre as diferentes instituições;
6. Os CA devem enviar trimestralmente um relatório à ACSS e ao IPST, relativo à aplicação das verbas recebidas, estando prevista a suspensão do pagamento das referidas verbas na ausência de relatório;
7. É recomendável que a contabilidade relativa às colheitas e à transplantação esteja separada, explicitando as atividades e os episódios que estiveram na origem dos pagamentos;

8. Tendo em consideração o risco que os profissionais ligados à colheita de órgãos correm nas suas deslocações, deverá ser criado um seguro/subsídio de risco para estas atividades.
9. Tendo em consideração as atuais tabelas remuneratórias, alerta este GT para o facto de profissionais altamente diferenciados poderem abandonar a atividade colocando-a em risco e comprometendo a formação de novos profissionais.

Pelo Grupo de Trabalho para avaliar exaustivamente as possíveis causas para a diminuição de transplantações de órgãos em Portugal e propor medidas corretivas:

Prof. Doutor Hélder Trindade

Dr. Pedro Andrade Gomes

Dra. Regina Carmona

Dr. Fernando Macário

Dr. Domingos Silveira Machado

Dra. Isabel Rio de Carvalho

Dra. Catarina Bolotinha
