

**GOVERNO DO ESTADO
DE SANTA CATARINA**

SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇO
EM ATENÇÃO À SAÚDE

GERÊNCIA SC TRANSPLANTES

PLANO ESTADUAL DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA

2026 - 2030



Florianópolis
2026





GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇO EM ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA SC TRANSPLANTES

PLANO ESTADUAL DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA
2026 - 2030

Florianópolis
2026

GOVERNADOR DO ESTADO

JORGINHO DOS SANTOS MELLO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

DIOGO DEMARCHI SILVA

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE

CRISTINA PIRES PAULUCI

SUPERINTENDENTE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE

PRISCILA SIGNORI

GERENTE DE TRANSPLANTES

JOSÉ RICARDO BIM GOMES

COORDENADOR ESTADUAL DE TRANSPLANTES

JOEL DE ANDRADE

ORGANIZAÇÃO, ELABORAÇÃO E COLABORAÇÃO TÉCNICA

ALINE GHELLERE PAVEI

ANA PAULA LULIO

ANA CAROLINA CUNHA

CESAR KORCZAGUIN

CHARLENE VERUSA DA SILVA

DANIELA D'AVILA

EDUARDO BERBIGIER

GLAUCO WESTPHAL

HELAYNE BEZERRA

JOEL DE ANDRADE

JOSÉ RICARDO BIM GOMES

JULIANA PRAXEDES CAMPAGNONI

KAROLINE GAVA

MARCELA PORTUGAL DE ALENCAR RIBEIRO

PATRICIA L. SCHRAMM CORRÊA

RAFAEL LISBOA DE SOUZA

**Aprovado pela Comissão Intergestores
Bipartite de Saúde de Santa Catarina por meio da
DELIBERAÇÃO XX/CIB/2026.**

FLORIANÓPOLIS, XX DE JUNHO DE 2026

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OPO	Organização De Procura De Órgãos
PEDT	Plano Estadual De Doação e Transplantes
SNT	Sistema Nacional De Transplantes
CET/SC	Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina
ONT	Organização Nacional de Transplantes da Espanha
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
HEMOSC	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
SIGA	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Acesso às Listas de Espera
CNCDO/SC	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina
PRODOT	Programa Nacional de Qualidade na Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
FES-SC	Fundo Estadual de Saúde de Santa Catarina
CFM	Conselho Federal de Medicina
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
BTOC	Banco de Tecido Ocular
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
BTH	Bancos de Tecidos Humanos
LHI	Laboratórios de Histocompatibilidade e Imunogenética
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
SUS	Sistema Único de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
APAC	Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
TRS	Terapia Renal Substitutiva
DIAS	Diretoria de Auditoria do SUS
ESPSC	Escola de saúde pública de Santa Catarina
IFQ-DOT	Incentivo Financeiro de Qualificação em Doação e Transplantes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 OBJETIVOS.....	6
2 HISTÓRICO DO SISTEMA DE TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA	7
3 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA.....	8
3.1 CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES.....	9
3.2 ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS.....	10
3.3 DAS COMISSÕES HOSPITALARES DE TRANSPLANTES	12
3.4 DA ADESAO AO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIDADE NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES - PRODOT.....	13
4 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.....	14
4.1 DOADOR MULTIORGÂNICO - POR MORTE ENCEFÁLICA.....	14
4.2 IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO.....	15
4.3 DIAGNÓSTICOS DE MORTE ENCEFÁLICA.....	16
4.4 AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO	17
4.5 MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR.....	18
4.6 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO	19
4.7 DISTRIBUIÇÃO	20
4.8 LOGÍSTICA E REMOÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE.....	21
4.9 DOADOR DE TECIDOS	22
5 O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS	25
5.1 APROVEITAMENTO DOS ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE	26
5.2 AUTORIZAÇÃO DE EQUIPES E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	27
5.3 O SISTEMA DE REGULAÇÃO EM DOAÇÃO E TRANSPLANTES	29
5.4 CONSULTAS PRÉ-TRANSPLANTES	30
5.5 CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE	31
6 REMUNERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES	32
7 EDUCAÇÃO PERMANENTE	33
7.1 FUNCIONAMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SISTEMA DE TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA.....	34
8 QUALIDADE	35
9 INFORMAÇÃO PARA A COMUNIDADE	36
10 PRINCIPAIS DADOS DA ATIVIDADE DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES	37
10.2 MAPEAMENTO DAS ESTRUTURAS ESPECIALIZADAS DA REDE DE PROCURA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.....	41
10.3 MAPEAMENTO DA REDE TRANSPLANTADORA DE TECIDOS E DE BANCOS DE TECIDOS OCULARES	42
10.4 IDENTIFICAÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE EM COMPARAÇÃO COM O NÚMERO DE PACIENTES EM TRS	42
10.5 SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE OS RESULTADOS DE PÓS-TRANSPLANTES	43
11 OBJETIVOS, DIRETRIZES, METAS E INDICADORES	43
12 DEFINIÇÃO DOS PROCESSOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO CONTÍNUA	

DOS INDICADORES E ESTRATÉGIAS.....	50
12.1 PROPOSTAS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CONTÍNUO DOS INDICADORES E ESTRATÉGIAS DEFINIDOS.....	50
13 CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS	53
ANEXO I - Projeto de Profissionalização das Comissões Hospitalares de Transplantes de Santa Catarina.....	54
ANEXO II - HOSPITAIS QUE SERÃO CADASTRADOS NO PRODOT	63
ANEXO III - DELIBERAÇÃO 416/CIB/2024	65
ANEXO IV - DELIBERAÇÃO 264/CIB/2021.....	70
ANEXO V - DELIBERAÇÃO 136/CIB/2020.....	78
ANEXO VI - PROJETO DE APRIMORAMENTO DO PROCESSO DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR	80

1 INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Doação e Transplantes (PEDT) é um instrumento estratégico essencial para a organização, gestão e fortalecimento das ações voltadas à doação e aos transplantes de órgãos e tecidos no âmbito do Estado de Santa Catarina. Alinhado às diretrizes nacionais estabelecidas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), busca promover a integração entre as diferentes instâncias de gestão, os serviços de saúde e a sociedade civil, com o objetivo de ampliar a efetividade, a equidade e a transparência no acesso aos transplantes.

A elaboração deste plano parte de uma análise situacional detalhada, que considera as especificidades regionais, as necessidades da população e a capacidade instalada dos serviços de saúde, incluindo hospitais notificantes, equipes transplantadoras e bancos de tecidos. Além disso, busca-se compreender e superar os desafios existentes na identificação de potenciais doadores, na sua manutenção, na entrevista familiar, na remoção dos órgãos doados, na regulação de listas de espera e na execução dos procedimentos de transplantes, garantindo o cumprimento das metas definidas.

Neste contexto, o PEDT visa não apenas o aumento da oferta e a efetivação de doações e transplantes, mas também o fortalecimento da rede de atenção à saúde por meio da capacitação contínua de profissionais, da estruturação de fluxos assistenciais, do monitoramento de indicadores e da alocação de investimentos adequados. O plano reflete o compromisso com a construção de uma política de saúde pautada pela ética, transparência e eficiência, na qual o direito à saúde, à vida e à dignidade humana sejam assegurados a todos os cidadãos, promovendo o acesso universal e igualitário aos transplantes como uma parte fundamental do cuidado integral à saúde.

1.1 OBJETIVOS

Seguindo os preceitos da Portaria GM/MS nº 5.685, de 7 de novembro de 2024, o PEDT de Santa Catarina tem como objetivo apresentar as necessidades e definir ações voltadas à solução das demandas relacionadas à doação e aos transplantes no estado. O plano contempla a identificação e o reconhecimento dessas necessidades em suas diferentes dimensões de abrangência, incluindo, no caso dos transplantes, todas as etapas do cuidado: pré-transplante, transplante e pós-transplante.

Além disso, busca ampliar o acesso da população aos serviços, promover a equidade e garantir a integralidade da atenção, qualificando os processos de procura e identificação de potenciais doadores, avaliação e validação, manutenção do potencial doador, entrevista familiar, alocação e realização de transplantes de órgãos, tecidos e células. Também visa

racionalizar custos e otimizar os recursos disponíveis, contribuindo para o fortalecimento e a sustentabilidade do sistema estadual de doação e transplantes.

2 HISTÓRICO DO SISTEMA DE TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA

A trajetória do Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina é caracterizada por pioneirismo, organização e resultados significativos. A atividade transplantadora de Santa Catarina iniciou na década de 1970 com a realização dos primeiros transplantes de córnea e rim.

Transcorridas duas décadas, a Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (CET/SC), posteriormente denominada SC Transplantes, foi formalmente instituída por meio do Decreto Estadual nº 553/1999, de 21 de setembro de 1999, autorizada junto ao Ministério da Saúde em 27 de outubro de 1999, por meio da Portaria SAS nº 604, e oficialmente inaugurada em 16 de dezembro de 1999.

A partir de 2008, foi estabelecida uma parceria técnica entre a CET/SC e a Organização Nacional de Transplantes da Espanha (ONT), com o objetivo de adaptar à realidade catarinense o Modelo Espanhol de doação e transplantes, amplamente reconhecido como um dos mais eficientes do mundo. A partir dessa cooperação, iniciou-se a implementação de um programa estruturado de melhoria da qualidade, que ao longo dos anos resultou na adoção de um conjunto de intervenções estratégicas voltadas ao aprimoramento dos resultados em doação e transplantes no Estado.

Entre as principais intervenções destacam-se:

(i) a implantação de uma rede de Coordenações Hospitalares de Transplantes, preferencialmente lideradas por profissionais das Unidades de Terapia Intensiva (UTI);

(ii) o fortalecimento de uma estrutura central de apoio técnico, por meio da divisão técnica da CET/SC;

(iii) a formação contínua e sistemática de profissionais de saúde das unidades de cuidados críticos — especialmente da UTI, serviços de emergência e dos coordenadores hospitalares de transplantes —, incluindo capacitações em comunicação em situações críticas, manutenção de potenciais doadores, coordenação do processo de doação e transplantes e coordenação de sala cirúrgica;

(iv) a realização de auditorias presenciais de todos os óbitos de pacientes com sinais clínicos compatíveis com morte encefálica; e

(v) a implementação de mecanismos de incentivo financeiro aos hospitais pelas atividades relacionadas à doação de órgãos.

Em 2013, esse modelo foi ainda fortalecido com a incorporação de médicos e enfermeiros dedicados às atividades de capacitação, auditoria do processo de identificação

de potenciais doadores e consultoria especializada para o acompanhamento e a condução dos processos de doação nos hospitais do estado.

Ao longo dos seus 25 anos de existência, foram notificadas aproximadamente 10.900 mortes encefálicas à Central Estadual de Transplantes, das quais 4.790 foram de doadores efetivos de órgãos. Ao longo desse período, foram realizados mais de 24 mil transplantes, incluindo órgãos, tecidos e células.

As ações de gestão voltadas ao aprimoramento da qualidade do processo de doação e transplantes permitiram ao Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina alcançar as maiores taxas nacionais de doação de órgãos sólidos em 15 dos últimos 21 anos, ocupando a segunda posição nos demais anos do período.

Como resultado desse conjunto de estratégias, a taxa de doadores efetivos por milhão de população (pmp) no Estado evoluiu de 4,5 pmp em 1999 para 42,8 pmp em 2025, desempenho significativamente superior à média brasileira no mesmo ano (20,3 pmp) e bastante próximo ao registrado pela Espanha, referência mundial na área, que alcançou 51,9 pmp in 2025. O modelo catarinense de doação e transplantes de órgãos consolidou-se como referência nacional e internacional, destacando-se pela integração entre a população, os profissionais de saúde e a gestão pública.

3 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA

O Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina adotou o modelo espanhol de procura de órgãos como base para a implantação de estrutura, estratégias e ações para implementar as melhores práticas no processo de doação de órgãos e transplantes, visando atingir os melhores resultados no Estado.

Com foco em resultados e qualidade nos processos, buscou desenvolver sempre políticas públicas de saúde com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em todos os seus princípios — Universalidade, Integralidade, Equidade e Descentralização —, com uma regionalização dos serviços que possibilite oferecer opções de tratamento que, além de salvar vidas, também possam promover a reintegração dos pacientes às suas vidas ativas, ao trabalho e à sociedade, com melhor qualidade de vida.

Tendo como base o desenvolvimento de um forte modelo de educação permanente dos profissionais que atuam no processo de doação e transplante, o Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina é composto hoje pela Central Estadual de Transplantes, Organizações de Procura de Órgãos, Comissões Hospitalares de Transplantes, equipes e instituições transplantadoras, e estruturas de apoio como laboratórios de análises sorológicas

e de histocompatibilidade, além do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), sendo este vinculado tecnicamente ao Sistema Nacional de Transplantes.

3.1 CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES

A Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina foi criada pelo Decreto Estadual nº 553/1999, de 21 de setembro de 1999, credenciada pelo Ministério da Saúde em 27 de outubro de 1999 através da Portaria SAS nº 604 e inaugurada em 16 de dezembro de 1999. Está inserida na Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, como Gerência de Transplantes.

A partir da publicação do Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina (CNCDO/SC) passou a ser denominada Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (CET/SC).

Está localizada no 4º andar do I da Secretaria de Estado da Saúde, em Florianópolis, funciona 24 horas e possui um número de discagem gratuita para todo o território nacional (0800 643 7474). Sua equipe multiprofissional e interdisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, técnicos em atividades administrativas e motoristas. O custeio e a manutenção operacional da Central Estadual de Transplantes são de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde.

A Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina articula, coordena e regula todas as atividades de doação e transplantes no âmbito estadual e é composta por servidores públicos estaduais. O Decreto nº 9.175, em sua Seção IV, descreve as atribuições das Centrais Estaduais de Transplantes. Sendo assim, destaca-se como principal competência a de atender a população catarinense no que diz respeito à doação, captação, distribuição e transplante de órgãos e tecidos humanos.

Com esse propósito, tem a função de gerenciar as listas de espera por órgãos ; garantir que a alocação dos órgãos seja justa e transparente ; autorizar o funcionamento dos estabelecimentos de saúde e equipes de transplantes ; e promover a capacitação dos profissionais envolvidos, além de formular políticas de doação e transplantes para o Estado.

A Gerência do SC Transplantes será exercida por profissional nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde. O exercício dessa função, assim como das demais posições que compõem a estrutura do SC Transplantes, deverá observar rigorosamente os princípios, diretrizes e objetivos estabelecidos no Plano Estadual de Doação e Transplantes (PEDT). A função de Coordenação Estadual de Transplantes, a partir da aprovação do presente Plano Estadual, deverá ser exercida preferencialmente por profissional com formação em Medicina, ao qual caberá, cumulativamente, a responsabilidade técnica pela instituição.

A CET/SC está estruturada na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina da seguinte forma:

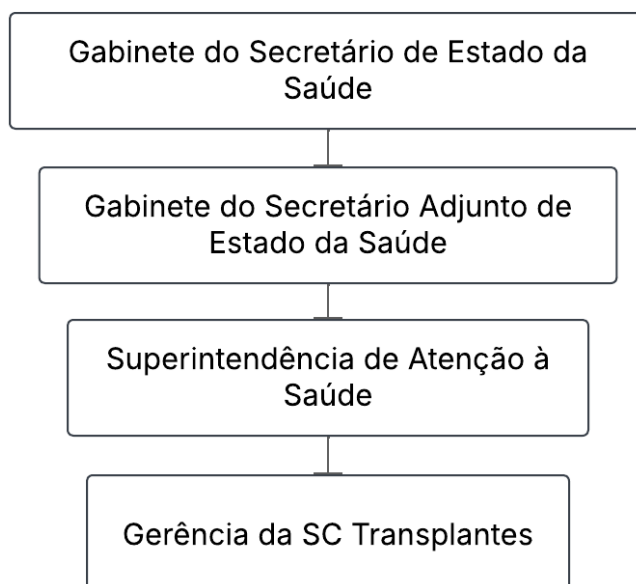


Figura 1 - Organograma SES/SC – Gerência de Transplantes. 2024.

Fonte: Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Disponível no endereço: <https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/ses-sc/organograma-da-ses?highlight=WyJvcmdhbm9ncmFtYSJd>

O Estado de Santa Catarina optou em utilizar o sistema de procura de órgãos e tecidos baseado em Comissões Hospitalares de Transplantes, com apoio de Organizações de Procura de Órgãos (OPO).

3.2 ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS

As diretrizes para a criação das OPOs no Brasil foram estabelecidas pela Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, com o objetivo de atuar conjuntamente com as Centrais Estaduais de Transplantes (CET) e Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT) nos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, estando diretamente subordinadas às CETs.

Em Santa Catarina, foram implantadas quatro OPOs, sendo as primeiras três através da Portaria nº 3.490, de 12 de novembro de 2010, do Ministério da Saúde, e autorizadas a receber recursos federais de custeio por meio da Portaria nº 1.032, de 4 de maio de 2011; e a quarta, por meio da Portaria nº 298, de 25 de fevereiro de 2019, com recursos financeiros autorizados por meio da Portaria nº 3.384, de 17 de dezembro de 2019.

A implantação das Organizações de Procura de Órgãos (OPO) em Santa Catarina configura um diferencial na estruturação do Sistema Estadual de Transplantes em relação a outros estados. Essas estruturas foram concebidas para fomentar e apoiar a profissionalização do sistema de procura de órgãos, desempenhando papel estratégico no fortalecimento do processo de doação. Nesse contexto, as OPOs exercem importante função no Sistema Estadual de Transplantes, especialmente no que se refere ao suporte técnico e operacional aos hospitais, ao financiamento de atividades relacionadas ao processo de doação e à implementação de estratégias voltadas ao aumento do número de doações de órgãos e tecidos para transplante.

O programa de profissionalização das comissões hospitalares de transplantes de Santa Catarina teve início em 2013 e tem como foco o desenvolvimento e o fortalecimento das competências dos profissionais que atuam nas Comissões Hospitalares de Transplantes (CHTs). Entre seus principais objetivos estão: avaliar a capacidade teórica de doação das instituições hospitalares no âmbito do processo de doação e transplante; analisar o impacto de cada hospital no desempenho estadual; identificar possíveis casos de morte encefálica e eventuais falhas (escapes) durante a identificação de potenciais doadores; além de investigar as causas das perdas desses potenciais doadores. A partir dessas análises, o programa busca também identificar oportunidades de melhoria e apoiar a implementação de ações corretivas nos serviços.

Nesse contexto, as OPOs realizam a supervisão das CHTs no estado, oferecendo assessoria técnica, capacitação e acompanhamento contínuo. Por meio do Programa de Qualidade, atualmente são monitorados 18 hospitais, com auditorias sistemáticas dos óbitos ocorridos em unidades de cuidados críticos. Também são realizadas reuniões mensais entre profissionais da Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (CET/SC) e das OPOs para avaliação conjunta dos indicadores do processo de doação e transplantes, além de reuniões periódicas com os hospitais, envolvendo representantes de ambas as estruturas.

Adicionalmente, as OPOs oferecem suporte para a realização de exames complementares necessários ao diagnóstico de morte encefálica em todo o estado, bem como colaboram no planejamento e na execução de atividades educacionais voltadas à qualificação dos profissionais envolvidos no processo de doação e transplantes.

Em síntese, no modelo desenvolvido em Santa Catarina, as OPOs constituem uma estrutura estratégica de supervisão, apoio técnico e capacitação das Coordenações Hospitalares de Transplantes, com menor participação nas atividades operacionais do processo de doação. Esse arranjo organizacional prioriza o fortalecimento das equipes hospitalares, a qualificação dos processos e o acompanhamento sistemático dos indicadores, contribuindo para a melhoria contínua dos resultados do sistema estadual de doação e transplantes.

3.3 DAS COMISSÕES HOSPITALARES DE TRANSPLANTES

O sistema de procura de órgãos e tecidos para transplante em Santa Catarina está estruturado a partir da atuação das Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT). Essas comissões são compostas tecnicamente por médicos e enfermeiros, contando também com o apoio de uma equipe multiprofissional. As CHTs foram instituídas em conformidade com a Portaria nº 905/GM/MS, de 16 de agosto de 2000, que determinou sua implantação em hospitais públicos, privados e filantrópicos, com o objetivo de ampliar a doação de órgãos e apoiar as atividades da Central Estadual de Transplantes (CET).

Desde o início das atividades de doação e transplantes no estado, a busca contínua pelo aprimoramento do sistema levou à criação de um programa de profissionalização das CHTs. Esse programa estabeleceu uma configuração organizacional específica e mecanismos de remuneração diferenciados para cada comissão, considerando critérios técnicos e o potencial de doação de cada estabelecimento de saúde.

A adoção desse modelo, fundamentado na capacitação contínua e no treinamento sistemático dos profissionais que integram as CHTs, tem contribuído para tornar mais efetivo e organizado o esforço coletivo de procura de órgãos e tecidos. Como resultado, observa-se uma melhor organização do processo de doação, maior capacidade de identificação de potenciais doadores, aprimoramento das técnicas de comunicação e entrevista familiar, além de uma articulação mais eficiente entre os hospitais e a Central Estadual de Transplantes.

Quanto à legislação Federal sobre as Comissões Hospitalares de Transplantes temos as seguintes Portarias:

- Portaria 1752/05: Determina a constituição de Comissões Hospitalares de Transplantes em todos os hospitais com mais de 80 leitos;
- Portaria 1262/06: Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Hospitalares de Transplantes;
- Portaria 2600/09: Aprova o Regulamento Técnico do SNT e Classificação das Comissões Hospitalares de Transplantes.
- Portaria GM/MS nº 8.249, de 3 de novembro de 2025: Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, bem como a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, a fim de, respectivamente, dispor acerca do Programa Nacional de Qualidade na Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - PRODOT e do Incentivo Financeiro de Qualificação em Doação e Transplantes - IFQ-DOT.
- Portaria GM/MS nº 8.041, de 25 de setembro de 2025: Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 de 28 de setembro de 2017, para estabelecer a Política Nacional

de Doação e Transplantes e definir o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) adotou critérios próprios para a constituição das Comissões Hospitalares de Transplantes, baseados no mapeamento do potencial de geração de doadores dos estabelecimentos de saúde. A partir dessa análise, definiu-se o número de membros de cada comissão de acordo com o porte e a complexidade dos hospitais, considerando, além das exigências previstas na Portaria nº 1.752/2005, aqueles estabelecimentos considerados estratégicos para o Sistema Estadual de Transplantes.

A Comissão Hospitalar de Transplantes deve ser instituída por ato formal da direção de cada hospital e estar vinculada à diretoria técnica da instituição. Seu funcionamento efetivo constitui requisito indispensável para que o estabelecimento de saúde possa solicitar autorização para a realização de serviços de transplantes de órgãos.

O Programa de Profissionalização das CHTs, desenvolvido em Santa Catarina, trouxe uma nova perspectiva para a atuação dessas comissões, orientada por resultados e pela melhoria da qualidade do processo de doação. O programa estabelece critérios para a composição das equipes e prevê mecanismos de remuneração por meio de gratificação específica para a atividade de Coordenação Hospitalar de Transplantes. Conforme Anexo I.

No cotidiano, os profissionais envolvidos nesse processo desempenham uma cadeia complexa de atividades que impacta diretamente a identificação de pacientes com possível morte encefálica, a validação do potencial doador, a condução do diagnóstico de morte encefálica, a comunicação e acolhimento dos familiares, a manutenção da viabilidade dos órgãos e a realização da entrevista familiar.

Durante o processo de diagnóstico da morte encefálica, ocorre o acompanhamento e o acolhimento da família. A atuação da equipe vai além das etapas iniciais de detecção e condução do processo de doação. As CHTs também assumem papel fundamental na educação dos profissionais da própria instituição, promovendo a compreensão de que o processo de doação de órgãos e tecidos depende das atividades assistenciais do hospital e constitui responsabilidade compartilhada entre as equipes de saúde.

3.4 DA ADESÃO AO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIDADE NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES - PRODOT

Santa Catarina aderiu ao Programa Nacional de Qualidade na Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (PRODOT) e ao Incentivo Financeiro de Qualificação em Doação e Transplantes (IFQ-DOT), instituídos pela Portaria GM/MS nº 8.249, de 3 de novembro de 2005. O Estado, reconhecido como pioneiro no processo de profissionalização das Comissões Hospitalares de Transplantes (CHTs), incluindo a implementação de gratificação específica

pela Atividade de Coordenação Hospitalar de Transplantes destinada aos membros das comissões que atendem aos critérios estabelecidos, realizará as adequações necessárias para harmonizar o modelo estadual às diretrizes, parâmetros e requisitos definidos pela referida portaria.

O incentivo financeiro destinado ao custeio fixo mensal das CHTs será integralmente recebido pelo Fundo Estadual de Saúde de Santa Catarina (FES-SC) e posteriormente transferido aos hospitais que possuam Comissões Hospitalares de Transplantes contempladas no PRODOT, mediante os instrumentos formais de repasse previstos para essa finalidade. De acordo com o mapeamento da rede hospitalar do Estado, são consideradas elegíveis para cadastro no Sistema e-DOT as Comissões Hospitalares de Transplantes listadas no Anexo II.

4 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

4.1 DOADOR MULTIORGÂNICO - POR MORTE ENCEFÁLICA

Um doador multiorgânico falecido por morte encefálica é um paciente que sofreu um dano cerebral irreversível e cujas funções cerebrais cessaram completamente, de forma definitiva. Apesar da morte do cérebro, a circulação sanguínea e a oxigenação dos órgãos são mantidas artificialmente por suporte orgânico em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou outra unidade de cuidados críticos, o que permite que os órgãos continuem funcionando por um período limitado, tornando-os aptos para a doação. A morte encefálica é diagnosticada por uma equipe médica especializada e documentada por exames clínicos e complementares, seguindo protocolos rigorosos e legais estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

4.1.1 BUSCA ATIVA DE POTENCIAIS DOADORES

A busca ativa consiste na realização de, no mínimo, três avaliações diárias, in loco ou de forma remota, nas unidades do hospital que dispõem de leitos com ventilação mecânica, com o objetivo de identificar precocemente doentes com suspeita de evolução para morte encefálica. Durante estas visitas, todas as informações clínicas referentes aos doentes neurocríticos devem ser recolhidas e registradas no sistema de monitorização da busca ativa.

Nesse contexto, a atuação das Comissões Hospitalares de Transplantes (CHTs) tem como foco principal a identificação de doentes com quadro neurológico grave, caracterizado por Escala de Coma de Glasgow igual a 3, presença de midríase fixa bilateral, causa definida do coma, ausência de reflexos do tronco encefálico e ausência de resposta motora. Para a

adequada condução deste processo, é fundamental que todas as informações clínicas relevantes sejam sistematicamente recolhidas e registradas no sistema de busca ativa. Sempre que forem identificados doentes com sinais clínicos compatíveis com uma possível evolução para morte encefálica, o médico da Comissão Hospitalar de Transplantes deverá ser prontamente comunicado para avaliação e eventual início da investigação de morte encefálica.

4.2 IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO

Pacientes que apresentam lesão cerebral grave, sem contraindicações absolutas à doação e com possibilidade de evolução para morte encefálica em curto período de tempo, são considerados potenciais doadores de órgãos. Nesses casos, a identificação precoce é fundamental para garantir a adequada condução do processo. Sempre que possível, recomenda-se o encaminhamento destes doentes para unidades de cuidados intensivos, onde poderão receber monitorização contínua e manejo clínico adequado. A adoção precoce de medidas de manutenção hemodinâmica do potencial dador contribui significativamente para a melhoria dos resultados do processo de doação multiorgânica.

Após a identificação de um potencial dador, a Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) inicia um conjunto de atividades que incluem a recolha de dados clínicos e laboratoriais, obtenção de amostras de sangue, realização de exame físico detalhado e levantamento de informações sobre antecedentes clínicos e epidemiológicos, entre outras ações necessárias para a adequada avaliação do caso. Esta avaliação criteriosa tem como objetivo reduzir o risco de transmissão de doenças infecciosas ou neoplásicas aos receptores, garantindo maior segurança no processo de doação e transplante.

As informações recolhidas são posteriormente encaminhadas à Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (CET/SC) por meio do preenchimento de formulários específicos, atualmente realizados de forma manual. Destaca-se, entretanto, a necessidade de implementação de um sistema informatizado para a notificação de potenciais doadores e acompanhamento do diagnóstico de morte encefálica, com o objetivo de otimizar o fluxo de informações, aprimorar o processo de regulação e fortalecer a monitorização das etapas do processo de doação e transplantes no Estado.

4.3 DIAGNÓSTICOS DE MORTE ENCEFÁLICA

A morte encefálica é definida como a perda completa e irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco encefálico, estrutura responsável pelo controle de funções vitais essenciais, como a respiração e a regulação cardiovascular. Trata-se de um diagnóstico

médico preciso, rigorosamente estabelecido por critérios clínicos e exames complementares, normatizado no Brasil pela Resolução nº 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que regulamenta o procedimento para a determinação da morte encefálica.

Antes da realização dos testes diagnósticos, é necessário que sejam cumpridos pré-requisitos clínicos obrigatórios, destinados a garantir a confiabilidade do diagnóstico. Entre esses critérios, deve-se assegurar que o doente não esteja sob o efeito de sedativos, bloqueadores neuromusculares ou outras substâncias depressoras do sistema nervoso central que possam interferir na avaliação neurológica. Da mesma forma, devem ser excluídas condições potencialmente reversíveis que possam simular a ausência de função cerebral, como distúrbios metabólicos ou intoxicações.

Outros parâmetros fisiológicos também devem ser rigorosamente observados. A temperatura corporal deve estar igual ou superior a 35 °C, e a pressão arterial sistólica deve ser mantida em níveis adequados, geralmente maior ou igual a 100 mmHg em adultos, de forma a garantir uma perfusão cerebral adequada durante a avaliação. A saturação de oxigênio deve estar acima de 94%. Além disso, é necessário que exista uma lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de justificar o quadro clínico, assegurando que o estado neurológico observado seja compatível com a perda irreversível da função encefálica.

A Resolução CFM nº 2.173/2017 também estabelece intervalos mínimos de observação clínica, que variam de acordo com a etiologia da lesão cerebral. De forma geral, recomenda-se um período mínimo de 6 horas de observação para lesões encefálicas estruturais, como traumatismo cranioencefálico ou acidente vascular cerebral. Em situações como a encefalopatia hipóxico-isquêmica decorrente de paragem cardiorrespiratória ou após a correção de hipotermia, o período de observação deve ser ampliado, geralmente para 12 horas ou mais, conforme a avaliação da equipe médica.

É fundamental distinguir a morte encefálica do estado de coma. No coma, embora o doente apresente ausência de consciência e grave comprometimento neurológico, a atividade cerebral ainda está presente, podendo haver possibilidade de recuperação parcial ou total, dependendo da causa e da extensão da lesão. Na morte encefálica, por outro lado, ocorre a cessação definitiva e irreversível das funções encefálicas, caracterizando juridicamente a morte do indivíduo.

O diagnóstico de morte encefálica é realizado por meio de um protocolo obrigatório, conduzido por dois médicos capacitados e independentes da equipe de transplante, que devem realizar dois exames clínicos completos. Esses exames têm como objetivo confirmar o coma não responsivo, a ausência de reflexos do tronco encefálico e a ausência de respiração espontânea, esta última demonstrada por meio do teste de apneia. Além disso, é obrigatória a realização de um exame complementar, destinado a demonstrar a ausência de atividade elétrica, metabólica ou de perfusão sanguínea cerebral.

No âmbito legal, a Lei nº 9.434/1997, regulamentada pelo Decreto nº 9.175/2017, estabelece que todo caso de morte encefálica deve ser obrigatoriamente notificado à Central de Transplantes do estado, independentemente da possibilidade de doação de órgãos. Essa notificação é de caráter obrigatório e imediato, permitindo que o sistema de transplantes acompanhe o processo diagnóstico e avalie a eventual viabilidade de doação. Após receber a documentação referente à determinação da morte encefálica, a Central Estadual de Transplantes (CET) realiza a análise do processo diagnóstico, avaliando se todas as etapas previstas na legislação e nas normas do Conselho Federal de Medicina foram corretamente cumpridas. Essa verificação é fundamental para assegurar a conformidade técnica e legal do diagnóstico, garantindo a transparência e a segurança do processo.

4.4 AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO

A rigorosa avaliação do potencial doador de órgãos é uma etapa fundamental no processo de doação e transplante, tendo como objetivo principal minimizar o risco de transmissão de doenças infecciosas ou neoplásicas ao receptor, além de garantir a segurança e a qualidade dos órgãos destinados ao transplante. A decisão sobre a utilização ou não dos órgãos e tecidos é baseada em uma análise clínica abrangente das características do doador, realizada por uma equipe multiprofissional e fundamentada em critérios técnicos e científicos amplamente estabelecidos.

Essa avaliação inicia-se pela análise detalhada do histórico clínico do paciente, incluindo antecedentes pessoais, doenças prévias, fatores de risco epidemiológicos, hábitos de vida e circunstâncias da internação, com o objetivo de identificar possíveis condições que possam contraindicar ou restringir a utilização dos órgãos. Em seguida, é realizado um exame físico completo, associado à coleta de medidas antropométricas, permitindo avaliar o estado geral do doador e verificar aspectos relacionados à compatibilidade de tamanho e às condições clínicas dos órgãos potencialmente transplantáveis.

A investigação é complementada pela realização de exames laboratoriais e de imagem, que incluem testes sorológicos, microbiológicos e bioquímicos, além de exames radiológicos, quando indicados. Esses exames têm a finalidade de identificar infecções transmissíveis, alterações metabólicas, disfunções orgânicas ou outras condições que possam comprometer a segurança do transplante. Durante o procedimento de captação, é ainda realizado o inventário cirúrgico dos órgãos, no qual a equipe responsável pela retirada procede à inspeção macroscópica das estruturas anatômicas, com o objetivo de detectar alterações que não tenham sido identificadas previamente.

A doação de órgãos é considerada absolutamente contraindicada quando o risco de transmissão da doença ao receptor supera os potenciais benefícios do transplante. Entre as

condições que, de modo geral, impedem a utilização de órgãos para transplante destacam-se determinadas doenças infecciosas e neoplasias malignas. No grupo das infecções, incluem-se a sorologia positiva para HTLV I e II, hepatite viral aguda, tuberculose ativa, malária, infecções virais sistêmicas agudas, meningoencefalite por criptococo, doenças priônicas e sepse não controlada clinicamente.

No que se refere às neoplasias malignas, a presença de câncer ativo geralmente constitui contraindicação absoluta à doação de órgãos, devido ao risco de transmissão da doença ao receptor. No entanto, existem exceções bem estabelecidas, como os casos de carcinoma in situ de pele, carcinoma in situ de colo do útero e alguns tumores primários do sistema nervoso central. Outras neoplasias com baixo risco de transmissão podem ser consideradas sempre que o benefício superar o risco. Dessa forma, a avaliação criteriosa do potencial doador constitui uma etapa essencial para assegurar a segurança do receptor, a qualidade dos órgãos transplantados e a confiabilidade do sistema de transplantes, sendo conduzida com base em protocolos técnicos e diretrizes nacionais e internacionais amplamente reconhecidas.

4.5 MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR

A manutenção do potencial doador de órgãos corresponde ao conjunto de intervenções clínicas destinadas a preservar a estabilidade fisiológica de pacientes com diagnóstico de morte encefálica ou com forte suspeita de evolução para esse diagnóstico, com o objetivo de evitar a deterioração hemodinâmica, a disfunção orgânica ou a parada cardiorrespiratória, que resultam na perda de órgãos viáveis para transplante. A morte encefálica desencadeia uma série de alterações fisiopatológicas complexas, incluindo instabilidade hemodinâmica, disfunção endócrino-metabólica, além de distúrbios hidroeletrólíticos e inflamatórios, que podem comprometer rapidamente a viabilidade dos órgãos caso não existam estratégias adequadas de manutenção.

Nesse contexto, a parada cardíaca antes da conclusão do processo de doação representa uma das principais causas de não efetivação de potenciais doadores. A análise sistemática desses eventos constitui um importante instrumento de avaliação da qualidade assistencial na cadeia de doação e transplante, permitindo identificar fragilidades no manejo clínico do potencial doador e orientar estratégias de melhoria contínua. Para padronizar a condução clínica desses pacientes, recomenda-se a utilização de protocolos estruturados de manutenção do potencial doador, baseados nas Diretrizes da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) para manutenção de potenciais doadores de órgãos e tecidos.

O acompanhamento dos potenciais doadores pela CET/SC conta com o auxílio de um checklist de manutenção do potencial doador, utilizado como um guia para a avaliação das

principais intervenções necessárias à sua manutenção. Após a implementação desse checklist, ocorrida em 2010, a taxa de parada cardíaca de potenciais doadores caiu de 30% para aproximadamente 7% ao ano. A análise dos casos de perda do potencial doador por parada cardíaca tem como objetivo identificar se houve falhas na implementação das medidas de manutenção recomendadas, conforme o checklist assistencial, ou se, apesar da adequada aplicação das estratégias terapêuticas, a gravidade da condição clínica do paciente impossibilitou a continuidade do diagnóstico de morte encefálica e a consequente efetivação da doação.

Além de reduzir a ocorrência de parada cardíaca antes da conclusão do protocolo diagnóstico, a aplicação sistemática do protocolo de manutenção do potencial doador contribui significativamente para a estabilização hemodinâmica, manutenção da oxigenação adequada, correção de distúrbios ácido-base e hidroeletrólíticos, preservação da normotermia e otimização da perfusão tecidual. Esses fatores são fundamentais para preservar a viabilidade dos órgãos e ampliar as possibilidades de transplante.

4.6 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO

A entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos constitui uma etapa central no processo de doação e transplantes, na qual é apresentada à família do potencial doador a possibilidade de autorização para a doação após a confirmação da morte. Este momento exige uma organização cuidadosa e uma abordagem técnica qualificada, devendo ocorrer somente após a comunicação clara e compreensível do diagnóstico de morte, respeitando-se o tempo necessário para o acolhimento da família e para a devida compreensão da situação de perda.

A condução da entrevista requer um planejamento adequado, incluindo a identificação das pessoas que detêm legitimidade legal e autonomia para a tomada de decisão, bem como a escolha do momento e do local mais apropriados para a abordagem. Recomenda-se que a entrevista seja realizada em ambiente reservado, que proporcione privacidade, escuta qualificada e acolhimento, respeitando as condições emocionais dos familiares. Nesse contexto, é essencial que o profissional responsável pela condução da entrevista possua formação específica em comunicação em situações críticas e em relação de ajuda, demonstrando empatia, clareza na transmissão das informações e capacidade de manejar situações emocionalmente complexas.

A atuação da equipe local deve ocorrer em articulação com a Organização de Procura de Órgãos (OPO) e com a Central Estadual de Transplantes (CET), garantindo suporte técnico e institucional durante todo o processo. A adequada documentação do consentimento familiar e o registro das informações discutidas durante a entrevista são elementos fundamentais para

assegurar a transparência, a rastreabilidade e a conformidade legal do processo de doação. O respeito à decisão da família deve ser sempre prioritário, independentemente do desfecho da entrevista, sendo imprescindível que a manifestação de vontade dos familiares seja plenamente respeitada.

Do ponto de vista legal, conforme estabelecido pela Lei nº 9.434/1997, regulamentada pelo Decreto nº 9.175/2017, a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante, em caso de doador falecido, depende da autorização expressa do cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo maior de idade e juridicamente capaz, obedecida a linha sucessória em linha reta ou colateral até o segundo grau. Essa autorização deve ser formalizada por meio de um termo específico de consentimento, devidamente assinado pelo familiar responsável e por duas testemunhas presentes à verificação da morte. Nos casos de doadores falecidos juridicamente incapazes, a autorização deve ser expressa por ambos os pais ou pelo responsável legal, nos termos do poder familiar, tutela ou curatela. Situações que não se enquadrem nessas condições exigem autorização judicial prévia para a realização da doação.

A legislação brasileira também estabelece que não é permitida a retirada de órgãos ou tecidos de pessoa falecida não identificada, exceto quando houver certificação formal da identidade por autoridade competente, garantindo a segurança jurídica do processo. Assim, a entrevista familiar representa não apenas um momento decisório dentro da cadeia doação-transplante, mas também um espaço de acolhimento, respeito e reconhecimento da dignidade do potencial doador e de seus familiares. Quando conduzida de forma ética, técnica e humanizada, esta etapa possibilita que, mesmo diante da perda, a família possa transformar a experiência do luto em um ato de solidariedade.

4.7 DISTRIBUIÇÃO

A distribuição de órgãos é um processo complexo no Brasil, baseado no sistema informatizado de gerenciamento de lista de espera de receptores do Sistema Nacional de Transplantes (SIGA/SNT), que garante a alocação de órgãos e tecidos de forma justa e transparente para todos os pacientes. O SIGA/SNT gerencia todas as informações sobre os pacientes que aguardam por um transplante, bem como os dados dos potenciais doadores.

A distribuição de órgãos para pacientes em lista de espera é um processo automatizado e altamente preciso. Longe de ser aleatória, a alocação segue critérios técnicos e científicos rigorosos para garantir a melhor compatibilidade possível entre o doador e o receptor, privilegiando a justiça de acesso e de resultados.

O sistema analisa dados detalhados para otimizar o sucesso do transplante, incluindo:

- Compatibilidade sanguínea (ABO):

- Compatibilidade imunológica: Busca reduzir o risco de rejeição do órgão pelo corpo do receptor.
- Gravidade clínica: Prioriza pacientes em estado mais grave, com maior risco de morte sem o transplante.
- Tempo de espera: Leva em consideração o tempo que o paciente está na lista, garantindo um processo justo.
- Dados biométricos e sorológicos: Fatores como peso, altura, e outros indicadores de saúde são analisados para a melhor correspondência.

A operacionalização da distribuição de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes pela Central Estadual se dá através da lista de receptores gerada pelo sistema após o cadastro de todos os dados dos doadores pelo plantonista da CET/SC. Conforme a seleção no ranking de receptores, o plantonista realiza o contato com o médico da equipe de transplantes e oferta o órgão ao candidato a receptor ranqueado.

4.8 LOGÍSTICA E REMOÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE

Santa Catarina dispõe de uma rede logística estruturada e integrada para captação e transporte de órgãos, etapa considerada crítica no processo de doação e transplantes, uma vez que a viabilidade dos órgãos está diretamente relacionada ao tempo de isquemia e à agilidade na remoção e distribuição. Nesse contexto, o Estado de Santa Catarina dispõe de uma estrutura logística organizada e integrada, coordenada pela Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (CET/SC), responsável pelo planejamento e pela regulação das operações de captação e transporte de órgãos e equipes transplantadoras.

Após a confirmação da autorização familiar para doação e a definição dos receptores por meio do sistema de alocação, a CET/SC coordena todas as etapas relacionadas à mobilização das equipes de captação, remoção dos órgãos e transporte até os centros transplantadores, garantindo que o processo ocorra dentro dos limites seguros de tempo de preservação de cada órgão.

Para garantir agilidade e eficiência nas operações, o sistema conta com uma ampla articulação logística interinstitucional, envolvendo diferentes estruturas de transporte e apoio operacional. Entre os recursos utilizados destacam-se aeronaves que cooperam com a Secretaria de Estado da Saúde, aeronaves do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da Polícia Militar, da Polícia Civil e do Corpo de Bombeiros Militar, além da utilização de serviços de táxi aéreo e voos comerciais, quando necessário. Essa articulação permite ampliar a capacidade de resposta do sistema e reduzir o tempo de deslocamento entre as instituições envolvidas.

A utilização desses diferentes modais de transporte é definida de acordo com critérios técnicos, considerando a distância entre os hospitais, as condições climáticas, a urgência do procedimento e o tempo máximo de isquemia aceitável para cada órgão. Dessa forma, a logística estadual busca assegurar que os órgãos captados sejam transportados de forma rápida, segura e eficiente, preservando sua viabilidade e ampliando as possibilidades de transplante.

A consolidação dessa rede logística integrada tem sido um dos fatores que contribuem para o desempenho do sistema de transplantes em Santa Catarina, permitindo agilidade nas operações de captação e distribuição de órgãos e fortalecendo a efetividade do processo de doação e transplante no estado.

4.9 DOADOR DE TECIDOS

A doação de tecidos apresenta características distintas da doação de órgãos. Enquanto a doação de órgãos depende do diagnóstico de morte encefálica, a doação de tecidos pode ser viabilizada também após a constatação do óbito por parada cardiorrespiratória. Os tecidos humanos que podem ser doados, processados e transplantados são: tecido ocular, tecido ósseo, tendões e fâscias, cartilagens, pele, válvulas cardíacas, vasos sanguíneos e membrana amniótica, cuja utilização é fundamental em diferentes modalidades terapêuticas. Esses tecidos são empregados em transplantes de córneas, reconstrução osteoarticular, tratamento de grandes queimados e substituição de válvulas cardíacas. Assim, a doação de tecidos constitui uma importante estratégia assistencial, contribuindo de forma significativa para a sobrevivência, a reabilitação funcional e a melhoria da qualidade de vida de pacientes com distintas condições clínicas.

De modo geral, toda pessoa falecida pode ser considerada potencial doadora de tecidos, desde que sejam observados os critérios de elegibilidade e excluídas contraindicações médicas, sanitárias e legais previstas na regulamentação vigente. Após a constatação do óbito, cabe à equipe responsável acolher a família, prestar as informações pertinentes sobre a possibilidade de doação e, diante da autorização familiar, proceder à captação dos tecidos por equipes habilitadas e especializadas. Posteriormente, os tecidos captados são encaminhados aos bancos de tecidos, onde passam por rigorosos processos de avaliação, processamento, preservação, armazenamento e controle de qualidade, com vistas à sua utilização terapêutica segura.

Em Santa Catarina, onde operam três bancos de tecido ocular, não possuímos nenhum banco multitecidos. As demandas de tecido ósseo, pele, e válvulas cardíacas são atendidas por bancos multitecidos no Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro. Especificamente, com o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), está em processo

de desenvolvimento uma parceria para implantar serviços habilitados na remoção de tecido ósseo. O processamento deste tecido dar-se-á no INTO com a garantia do acesso aos pacientes catarinenses. A implantação de um banco multitecidos em Santa Catarina consiste em um objetivo da CET/SC.

4.9.1 DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR

Na doação de tecido ocular são considerados elegíveis indivíduos com idade ≥ 2 anos e ≤ 70 anos, desde que não apresentem contraindicações absolutas à doação, conforme estabelecido na legislação sanitária vigente e nas diretrizes técnicas nacionais.

Entre as principais contraindicações absolutas destacam-se: neoplasias malignas com potencial de transmissão (como melanoma e neoplasias hematológicas), tumores do sistema nervoso central de alto grau (grau IV), neoplasias oculares, infecções transmissíveis (HIV, hepatites B e C, HTLV I/II), infecção sistêmica ativa não controlada, bem como histórico recente de cirurgia ocular que comprometa a qualidade do tecido. A triagem deve considerar, de forma criteriosa, dados clínicos, epidemiológicos e sociais do potencial doador.

A identificação do potencial doador de tecido ocular é realizada pelas Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT), após a constatação do óbito por parada cardiorrespiratória, mediante avaliação clínica completa, exame físico direcionado e análise de critérios laboratoriais, incluindo, quando aplicável, o cálculo de hemodiluição para validação das amostras sanguíneas destinadas à triagem sorológica.

Confirmada a elegibilidade do potencial doador, procede-se à entrevista familiar, conduzida por profissional capacitado, em ambiente adequado e com abordagem fundamentada nos princípios de comunicação em situações críticas. Nesse momento, são fornecidas informações claras sobre o processo de doação, seus aspectos legais e seu impacto terapêutico, assegurando o esclarecimento de dúvidas e o respeito à autonomia familiar. Após a autorização, toda a documentação pertinente é devidamente preenchida e encaminhada à CET/SC e ao Banco de Tecidos Oculares (BTOC).

A captação do tecido ocular pode ser realizada por meio de enucleação ou excisão do botão córneo-escleral, conforme protocolo técnico do serviço. O procedimento deve ser executado por profissional de nível superior devidamente capacitado e habilitado, conforme requisitos da RDC nº 707/2022, assegurando condições assépticas e rastreabilidade do processo.

Após a captação, os tecidos devem ser acondicionados e transportados em condições controladas de temperatura (2°C a 8°C), em tempo adequado, garantindo a manutenção da viabilidade e qualidade até sua recepção no banco de tecidos.

No Banco de Tecidos Oculares, o processamento é realizado em ambiente controlado, sob fluxo laminar, em conformidade com as boas práticas de processamento de tecidos humanos. O procedimento inclui a avaliação macroscópica, preservação do botão córneo-escleral e da esclera, além da coleta e análise de amostras para exames sorológicos e microbiológicos.

Os tecidos permanecem em quarentena, sob condições controladas de armazenamento, até a liberação final, que depende da avaliação técnica, dos resultados sorológicos e da validação médica. A distribuição e alocação dos tecidos são realizadas pela CET/SC, conforme critérios clínicos e lista única estadual, respeitando os princípios de equidade, rastreabilidade e segurança.

A RDC nº 707/2022 estabelece os requisitos sanitários para o funcionamento dos bancos de tecidos humanos, incluindo critérios de seleção de doadores, processamento, armazenamento, controle de qualidade e rastreabilidade, constituindo o principal marco regulatório para garantir a segurança e eficácia dos tecidos utilizados em transplantes no Brasil.

4.9.2 DISTRIBUIÇÃO DE TECIDO OCULAR

A distribuição de tecidos oculares para transplante é realizada por meio do sistema informatizado de gerenciamento de listas de espera do Sistema Nacional de Transplantes, o SIGA/SNT.

Compete à Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (CET/SC) a análise técnica da documentação do doador, incluindo a validação dos critérios clínicos, sorológicos e operacionais do processo de doação, bem como a avaliação das características do tecido ocular fornecidas pelo Banco de Tecidos Ocular (BTOC). Após essa validação, os dados são inseridos no sistema, viabilizando o processo de alocação.

A seleção dos potenciais receptores é realizada de forma automatizada pelo sistema, respeitando critérios previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde, incluindo: classificação da indicação (transplante óptico ou tectônico), gravidade clínica, tempo de permanência em lista de espera, idade do receptor e compatibilidade técnica com as características do tecido disponível. A alocação segue, como regra geral, a ordem cronológica de inscrição, sendo priorizadas situações de urgência devidamente justificadas e validadas.

No estado de Santa Catarina, adota-se modelo de distribuição regionalizada, no qual o tecido ocular é inicialmente ofertado aos receptores vinculados à região onde ocorreu a doação. Na ausência de alocação em nível regional, o sistema gera automaticamente uma lista estadual secundária, permitindo a redistribuição do tecido conforme a ordem de prioridade estabelecida pelo SIGA/SNT.

Ressalta-se que o SIGA/SNT contempla exclusivamente a gestão de receptores cadastrados para transplantes de córnea nas modalidades óptica e tectônica. Os tecidos esclerais, por sua vez, não são gerenciados por meio do sistema, sendo sua solicitação realizada mediante formulário específico, encaminhado à CET/SC por via eletrônica. A liberação desse tecido ocorre sob regulação da CET/SC, conforme disponibilidade e indicação clínica, sendo operacionalizada pelo BTOC.

Todos os tecidos distribuídos devem ter sua utilização confirmada pelo serviço transplantador, garantindo a rastreabilidade e o controle sanitário do processo. Nos casos de não utilização, o tecido deve ser formalmente devolvido ao banco de origem, para fins de redistribuição, quando viável, ou descarte, conforme critérios técnicos e sanitários vigentes.

5 O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS

No Estado de Santa Catarina atualmente são realizados transplantes de coração, rim, pâncreas, fígado, medula óssea autólogo e alogênico, córnea, esclera, pele, válvula cardíaca e tecido ósseo. A distribuição geográfica dos serviços está demonstrada na seção 10 deste documento, tanto para órgãos como para tecidos. Existe espaço para ampliação e aprimoramento da rede, em especial no referente a transplantes pediátricos e pulmonar. Uma equação que leve em conta a demanda de cada modalidade destes procedimentos e a disponibilidade de enxertos pediátricos deve ser considerada na tomada de decisão acerca da implantação de serviços de transplante pediátrico de coração, rim e fígado. Há um projeto de transplante de medula óssea pediátrico autólogo e alogênico em andamento.

Deve-se seguir buscando que cada equipe e instituição autorizada de transplante atinja o máximo do seu potencial na realização de procedimentos, para que conquistem a excelência necessária ao atendimento da população. Em outras palavras, respeito ao princípio de que as equipes autorizadas para realizar transplantes em Santa Catarina mereçam manter-se na rede de assistência através de uma atividade consistente.

As novas autorizações para serviços de transplantes de órgãos, tecidos e células deverão seguir uma análise rigorosa de necessidade e viabilidade. As instituições sem acesso aos pacientes do SUS, que desejam desenvolver serviços de transplantes, deverão comprovar consistência na organização da procura de doadores de órgãos e tecidos e, de forma global, a proporção entre instituições que atendam os pacientes do SUS e aquelas que atendam seguros de saúde deverá ser de três para um.

5.1 APROVEITAMENTO DOS ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE

O aproveitamento é definido como o número de órgãos transplantados dentre o número de órgãos que, em condições ótimas, estariam disponíveis para transplantes. O ponto de partida são os potenciais doadores falecidos, com autorização familiar e sem contraindicação absoluta para transplantes. Isto é, potenciais doadores com diagnóstico de morte encefálica confirmado e com consentimento familiar para doação, dos quais foi removido pelo menos um órgão sólido para transplante.

A literatura aponta diversas estratégias para ampliar o aproveitamento de órgãos destinados ao transplante, envolvendo desde a avaliação dos doadores até melhorias logísticas, tecnológicas e organizacionais do sistema.

Entre os principais aspectos discutidos está a classificação dos chamados “doadores de risco aumentado”, relacionados ao potencial de transmissão de infecções como HIV e hepatites B e C. Estudos destacam a importância da educação das equipes de saúde para comunicação adequada desses riscos aos receptores, comparando-os aos riscos de permanência em lista de espera. A utilização de dados objetivos sobre os resultados dos transplantes realizados com esses órgãos pode auxiliar os centros transplantadores na tomada de decisão e aumentar o aproveitamento dos enxertos.

Outro fator relevante é o manejo precoce e especializado do potencial doador. Pesquisas mostram que a presença de equipes experientes no gerenciamento intensivo do doador aumenta significativamente as taxas de utilização de órgãos, especialmente coração e pulmões. Estratégias clínicas simples, como técnicas de otimização pulmonar e melhora da oxigenação, também demonstraram impacto positivo no aumento do número de órgãos viáveis para transplante.

Em relação ao transplante renal e hepático, fatores como idade avançada do doador, obesidade, diabetes e doação em parada cardíaca foram associados ao não aproveitamento dos órgãos. Entretanto, compreender melhor esses fatores, permite desenvolver estratégias para minimizar perdas e ampliar o número de transplantes realizados.

A logística e a tecnologia também exercem papel fundamental. Ferramentas informatizadas de alocação e distribuição de órgãos, como o sistema DonorNet utilizado nos Estados Unidos, contribuíram para melhorar a agilidade das ofertas e a distribuição local dos órgãos. Além disso, escores de avaliação de doadores podem auxiliar na seleção mais adequada entre doador e receptor, reduzindo recusas desnecessárias.

As técnicas modernas de preservação e perfusão de órgãos representam outro avanço importante. Estudos demonstram que a perfusão normotérmica ex vivo para pulmões e fígados aumenta significativamente o aproveitamento dos enxertos, reduzindo taxas de descarte e ampliando o número de transplantes realizados, além de melhorar os resultados clínicos dos receptores.

Por fim, a literatura evidencia que muitas recusas de órgãos estão relacionadas à percepção subjetiva da qualidade do doador e à postura das equipes transplantadoras. Estudos demonstram que órgãos recusados múltiplas vezes podem apresentar resultados semelhantes aos aceitos precocemente, sugerindo que critérios excessivamente restritivos podem limitar desnecessariamente o aproveitamento. Assim, políticas de capacitação, revisão de critérios e uniformização de condutas entre regiões e equipes podem contribuir significativamente para ampliar o número de transplantes e beneficiar mais pacientes em lista de espera.

Em Santa Catarina o aproveitamento de órgãos tem sido um tema recorrente nas conversas entre a CET e as equipes transplantadoras. Trata-se de um ponto sumamente importante pois, em resumo, significa atender a mais pacientes da fila de espera com as doações obtidas no Sistema Estadual de Transplantes.

5.2 AUTORIZAÇÃO DE EQUIPES E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Para a realização de transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo humano, é obrigatória a prévia habilitação dos estabelecimentos de saúde e das equipes envolvidas, junto à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), do Ministério da Saúde. Essas habilitações são formalizadas por meio de publicação de portarias ministeriais, conforme disposto no Capítulo II, Seção II, do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Nos termos do Art. 27, o transplante somente pode ser realizado por estabelecimentos e equipes devidamente autorizados pela CGSNT. Da mesma forma, os Bancos de Tecidos Humanos (BTH) e os Laboratórios de Histocompatibilidade e Imunogenética (LHI) devem possuir autorização específica para atuação no processo de doação e transplantes, em conformidade com os requisitos técnicos e sanitários vigentes.

No estado de Santa Catarina, os processos de solicitação de habilitação seguem o fluxo estabelecido por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme normativas estaduais específicas. As propostas são submetidas à análise técnica da Central Estadual de Transplantes (CET/SC), que avalia a pertinência, a relevância e a necessidade do serviço no contexto do Sistema Estadual de Transplantes, considerando critérios epidemiológicos, assistenciais e de organização da rede.

Os estabelecimentos hospitalares interessados na habilitação para realização de transplantes de órgãos devem, obrigatoriamente, dispor de programa estruturado de doação de órgãos e tecidos, com Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) formalmente instituída e em pleno funcionamento. Para análise de mérito das solicitações, é considerado o desempenho institucional na atividade de doação, incluindo indicadores como identificação

de potenciais doadores, efetivação da doação e organização do processo assistencial. A demonstração de atividade regular e consistente no processo de doação constitui requisito essencial para habilitação.

A concessão de autorizações observa critérios de priorização, privilegiando, sequencialmente, instituições públicas, filantrópicas e, por fim, privadas, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito do estado de Santa Catarina, não é autorizada a habilitação de serviços de transplante que atendam exclusivamente à demanda privada, sem garantia de acesso aos pacientes do SUS na respectiva especialidade.

Para a renovação das autorizações, é realizada avaliação periódica da produção assistencial das equipes e dos estabelecimentos, incluindo volume de procedimentos, desfechos clínicos e conformidade com os requisitos técnicos e regulatórios. Com base nessa análise, a CET/SC poderá emitir parecer favorável, desfavorável ou recomendar a renovação por período reduzido, conforme o desempenho observado.

Ressalta-se que, para a realização de procedimentos de retirada de órgãos e/ou tecidos, não é exigida habilitação específica junto ao Sistema Nacional de Transplantes nos moldes dos centros transplantadores. Nesses casos, cabe à Central Estadual de Transplantes indicar os estabelecimentos aptos às Secretarias Estadual ou Municipais de Saúde, para fins de cadastro junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme classificação e tipologia dos serviços, garantindo a rastreabilidade e a regularidade das atividades no sistema oficial de informação em saúde, conforme tabela abaixo:

Código	Descrição	Cód. Serv.	Cod. Class.	Descrição da classificação	Portaria
24.20	Retirada de órgãos e tecidos	149	015	Ações para doação e captação de órgãos e tecidos	Portaria nº 511 de 27 de novembro de 2010
24.20	Retirada de órgãos e tecidos	149	016	Retirada de globo ocular humano para transplante	Portaria nº 164 de 27 de abril de 2011

Fonte: SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

A CET/SC deve articular-se junto às secretarias municipais e Estadual de Saúde para estabelecer contratualização com os hospitais privados que permita o repasse dos valores relativos aos procedimentos de retirada de órgãos e tecidos.

5.3 O SISTEMA DE REGULAÇÃO EM DOAÇÃO E TRANSPLANTES

A regulação do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos constitui eixo estruturante para a garantia da equidade, transparência, rastreabilidade e segurança sanitária em todas as etapas do sistema. No Brasil, esse processo é disciplinado pela Lei nº 9.434/1997 e por seus regulamentos complementares, que estabelecem os critérios para a doação, captação, distribuição e realização de transplantes, bem como às responsabilidades institucionais envolvidas.

A regulação tem como finalidade assegurar que a alocação de órgãos e tecidos ocorra de forma justa e tecnicamente fundamentada, baseada em critérios clínicos, imunológicos e logísticos, respeitando princípios éticos e legais, além de garantir que todos os procedimentos sejam realizados conforme padrões rigorosos de qualidade e segurança.

O sistema brasileiro de transplantes é coordenado pelo Sistema Nacional de Transplantes, vinculado ao Ministério da Saúde, responsável pela normatização, coordenação e supervisão das atividades em âmbito nacional, incluindo a definição de diretrizes técnicas, operacionais e de controle.

O Brasil adota o modelo de Lista Única de Receptores, que tem como objetivo garantir a equidade no acesso ao transplante. Todos os pacientes elegíveis, após avaliação por equipe transplantadora habilitada e conforme critérios clínicos e técnicos estabelecidos, são inscritos no SIGA. Essa avaliação contempla a indicação do transplante, a gravidade da condição clínica, a compatibilidade com potenciais doadores e demais condições médicas relevantes.

A priorização dos receptores na lista é determinada por algoritmos específicos para cada tipo de órgão, que consideram múltiplos fatores, incluindo: gravidade da doença, risco de mortalidade em lista, tempo de espera, compatibilidade imunológica e características do doador. Esses critérios são operacionalizados por meio de sistemas de pontuação ou classificação, que definem a ordem de alocação de forma objetiva e auditável.

As Centrais Estaduais de Transplantes são responsáveis pela gestão operacional da lista em seus territórios, incluindo a validação dos dados dos receptores e o monitoramento das informações inseridas no sistema. A inclusão dos pacientes na lista única é de responsabilidade das equipes transplantadoras habilitadas, que realizam o cadastro e a atualização das informações clínicas no sistema informatizado, conforme critérios técnicos estabelecidos. Compete ainda às Centrais Estaduais a coordenação do processo de alocação e distribuição dos órgãos disponíveis, em conformidade com as diretrizes do Sistema Nacional de Transplantes.

A lógica de alocação dos órgãos segue uma hierarquia organizada por níveis geográficos e critérios logísticos. Inicialmente, os órgãos são ofertados aos receptores

compatíveis no âmbito estadual. Na ausência de receptor adequado, a oferta é expandida para a região correspondente pela Central Nacional de Transplantes, que coordena a distribuição interestadual, considerando critérios de compatibilidade e viabilidade logística, especialmente o tempo de isquemia e as condições de transporte, de modo a preservar a qualidade do enxerto.

Adicionalmente, o sistema prevê mecanismos de priorização para situações de urgência e emergência, conforme critérios técnicos definidos em normativas específicas, garantindo acesso oportuno ao transplante para pacientes em risco iminente de morte.

5.4 CONSULTAS PRÉ-TRANSPLANTES

No Estado de Santa Catarina, as consultas pré-transplante, para todas as modalidades de transplantes realizadas em serviços autorizados e habilitados que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devem, obrigatoriamente, ser agendadas por meio do Sistema Informatizado de Regulação, em conformidade com o disposto na Deliberação nº 416/CIB/2024, Anexo III. Tal normativo estabelece o fluxo de agendamento tanto para candidatos a transplante residentes no Estado de Santa Catarina quanto para pacientes oriundos de outras unidades da Federação.

Os Centros Transplantadores poderão acessar o Sistema Informatizado de Regulação na condição de “solicitantes” de consultas pré-transplante quando houver manifestação de interesse do paciente em realizar o transplante no respectivo serviço. Da mesma forma, as Unidades de Diálise poderão realizar a inserção de pacientes elegíveis, desde que não apresentem contraindicações para o transplante.

Compete ao Centro Transplantador definir fluxos assistenciais e garantir a oferta de atendimento para todas as situações de urgência e emergência no período pós-transplante, bem como assegurar o manejo integral das intercorrências relacionadas ao procedimento. Nos casos em que pacientes procurem atendimento em outras unidades de saúde, em função de proximidade geográfica ou outros fatores, deverá ser priorizada a regulação de vaga para transferência ao Centro Transplantador de referência, visando à continuidade do cuidado após a estabilização inicial.

Adicionalmente, cabe ao Centro Transplantador disponibilizar todos os exames necessários à avaliação e inscrição de candidatos na lista única de transplantes (Cadastro Técnico Único – CTU), conforme previsto no art. 42 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017, incluindo exames de rotina e específicos por órgão, bem como aqueles necessários ao acompanhamento pré e pós-transplante. Dessa forma, não compete ao município de residência do paciente, tampouco às Unidades de Diálise, a responsabilidade pela realização dos exames pré-transplante.

É também de responsabilidade do Centro Transplantador onde foi realizado o procedimento a retirada de dispositivos relacionados à terapia dialítica (cateteres de hemodiálise ou diálise peritoneal), bem como a realização de ligadura de fístulas arteriovenosas em pacientes no seguimento pós-transplante renal, conforme estabelecido na Deliberação nº 264/CIB/2021, Anexo IV.

Por fim, os pacientes residentes no Estado de Santa Catarina que necessitarem de transplantes não realizados no âmbito estadual deverão ser encaminhados para outras unidades da Federação, mediante autorização do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) interestadual, conforme critérios definidos no Manual de TFD do Estado, aprovado pela Deliberação nº 136/CIB/2020, Anexo V.

5.5 CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE

Todos os pacientes submetidos a transplantes de órgãos e/ou tecidos têm assegurado o acompanhamento pós-transplante pelo Centro Transplantador responsável pela realização do procedimento.

Compete, obrigatoriamente, aos Centros Transplantadores a garantia da continuidade do cuidado no período pós-transplante, de forma integral e longitudinal, devendo o seguimento clínico ser conduzido por profissionais médicos com expertise na modalidade de transplante realizada.

Nos termos da Deliberação nº 416/CIB/2024, é assegurado o acesso ao acompanhamento pós-transplante no Estado de Santa Catarina aos pacientes que tenham realizado transplantes em outras unidades da Federação, bem como àqueles transplantados no próprio Estado que tenham mudado ou estejam em processo de mudança de domicílio e necessitem de manutenção do seguimento assistencial.

O agendamento das consultas de acompanhamento deverá ser realizado por meio do Sistema Informatizado de Regulação, em agendas previamente disponibilizadas pelos Centros Transplantadores, conforme o fluxo estabelecido na referida Deliberação.

Ressalta-se que, mesmo nos casos de desabilitação do serviço para realização de transplantes, permanece a obrigatoriedade de garantia do acompanhamento pós-transplante, uma vez que tal atividade não exige habilitação específica para execução. Para fins de registro e faturamento, o estabelecimento deverá estar devidamente cadastrado com o serviço/classificação 149/014 (Acompanhamento de paciente transplantado).

6 REMUNERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES

Todos os procedimentos relacionados à doação, remoção e transplante de órgãos e tecidos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), do Ministério da Saúde, mediante a emissão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).

O processamento das AIH e APAC ocorre de forma descentralizada, no âmbito do Estado e dos Municípios com Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 821/2004, observando-se os códigos, procedimentos e diretrizes constantes nos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial do SUS, atualizados e disponibilizados periodicamente pelo Ministério da Saúde.

Compete à Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina orientar os profissionais dos estabelecimentos de saúde quanto à adequada utilização dos códigos e procedimentos passíveis de faturamento, bem como proceder à análise técnica, validação e autorização das AIH e APAC encaminhadas para fins de pagamento.

Os estabelecimentos de saúde não conveniados ao SUS que participam do processo de doação e captação de órgãos e tecidos deverão ser formalmente contratualizados com o município de sua localização, visando viabilizar o ressarcimento dos procedimentos realizados. Nos casos em que o município não detenha Gestão Plena do Sistema, a contratualização deverá ser realizada com a esfera estadual.

O financiamento das ações relacionadas à doação e remoção de órgãos e tecidos em doadores falecidos na condição de morte encefálica e/ou parada cardiorrespiratória são financiadas exclusivamente pelo SUS, mediante apresentação de AIH, independentemente da natureza jurídica da instituição. Nesses casos, compete à Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina a análise, auditoria e liberação dos códigos necessários à autorização do faturamento.

Nas instituições de natureza privada a CET/SC, deve estimular contratos específicos entre o município e a instituição para que os pagamentos possam ser realizados de maneira regular.

7 EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente configura-se como um dos principais pilares para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Estadual de Transplantes, ao promover a qualificação contínua dos profissionais de saúde diante da complexidade e das particularidades que envolvem o processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos.

O principal objetivo é promover capacitação, atualização técnico-científica e desenvolvimento de competências dos profissionais atuantes nesse processo, especialmente

nas unidades de cuidados críticos. As ações educacionais são direcionadas tanto ao aprimoramento de habilidades técnicas quanto ao desenvolvimento de competências não técnicas, como comunicação, tomada de decisão, trabalho em equipe e manejo de situações críticas.

No Estado de Santa Catarina, as ações de educação permanente são desenvolvidas de maneira articulada entre a Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (CET/SC) e as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs). A atuação das OPOs, associada à contrapartida financeira do Estado de Santa Catarina e aos repasses de recursos federais, possibilitou a estruturação de um modelo de financiamento sólido, contínuo e sustentável, assegurando a manutenção, expansão e fortalecimento das ações de educação permanente no âmbito do sistema estadual de transplantes.

A experiência catarinense também demonstra que a educação permanente desempenha papel estratégico na identificação e no desenvolvimento de profissionais com perfil adequado para atuação nas Comissões Hospitalares de Transplantes e demais estruturas do sistema. Os treinamentos possibilitam não apenas o aprimoramento das equipes, mas também a avaliação de competências comportamentais, habilidades de comunicação e capacidade de atuação em situações críticas, favorecendo a identificação de novos talentos e necessidades de desenvolvimento profissional.

O investimento permanente em educação constitui elemento essencial para a sustentabilidade e o aprimoramento contínuo do sistema de transplantes. A qualificação sistemática dos profissionais fortalece a capacidade de enfrentamento dos desafios inerentes ao processo, contribui para a melhoria dos indicadores de desempenho e consolida a qualidade das ações de doação e transplantes no Estado. Dessa forma, torna-se fundamental que gestores mantenham o financiamento e a priorização das políticas de educação permanente como componente estratégico para o êxito do sistema estadual de transplantes.

7.1 FUNCIONAMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SISTEMA DE TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA

O programa estadual contempla cursos direcionados a diferentes perfis profissionais, abrangendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais que atuam como coordenadores hospitalares de transplantes ou outros profissionais de áreas críticas. Os cursos ofertados são: Curso de Capacitação para Determinação de Morte Encefálica, os módulos de Comunicação em Situações Críticas, o Curso de Doppler Transcraniano em Medicina Intensiva, o Curso de Suporte de Vida em Emergência Neurológica, o Curso de Gerenciamento do Processo doação e transplantes, Curso de Coordenação de Sala Cirúrgica

para Explante Multiorgânico, Curso de Doação de Tecido Ocular, além do Curso de Formação de Coordenadores Hospitalares de Transplantes.

O Curso de Formação de Coordenadores Hospitalares de Transplantes ocorre duas vezes ao ano com a participação de aproximadamente 200 profissionais. Outras sete iniciativas regionais são realizadas a cada ano, contemplando o Curso de Comunicação em Situações Críticas, Curso de Gerenciamento do Processo de Doação e Transplantes e Curso de Determinação da Morte Encefálica, envolvendo em torno de 100 profissionais. As demais atividades ocorrem sob demanda com menor frequência.

As capacitações possuem carga horária teórica e prática, priorizando metodologias ativas e contextualizadas à realidade hospitalar. Os conteúdos abordam desde a busca ativa, identificação e validação do potencial doador até o diagnóstico de morte encefálica, manutenção hemodinâmica do potencial doador, aspectos éticos e legais, acolhimento familiar e comunicação em situações críticas, entrevista para doação de órgãos e coordenação logística do processo de doação e transplante.

Além dos cursos formais, a educação permanente é fortalecida pela atuação direta da OPO junto aos hospitais notificantes. A assessoria técnica e o treinamento realizado pelos profissionais da OPO representa uma importante ferramenta de desenvolvimento profissional em serviço, permitindo acompanhamento integral das equipes hospitalares durante os processos de doação. Esse suporte pode ocorrer de forma remota e/ou presencial, conforme a complexidade da situação e a disponibilidade operacional.

Neste contexto destaca-se o Curso de Comunicação em Situações Críticas, desenvolvido a partir de cooperação técnica entre a CET/SC e a Organização Nacional de Transplantes da Espanha (ONT). O modelo pedagógico, adaptado à realidade do Sistema Estadual de Transplantes, resultou na formação do primeiro grupo de instrutores no Brasil, consolidando-se como uma das principais contribuições do Estado para a qualificação do sistema de saúde. A iniciativa qualifica a experiência do usuário ao capacitar os profissionais no desenvolvimento de competências comunicacionais, especialmente no manejo de situações críticas.

O curso promove o desenvolvimento de habilidades relacionadas à comunicação empática, à transmissão clara de informações e ao manejo de dúvidas e temores dos familiares, favorecendo o estabelecimento de vínculo e confiança no sistema de transplantes. Esses elementos são determinantes para a qualificação do processo de entrevista familiar e para o aumento das taxas de autorização para doação.

Observa-se, adicionalmente, que a qualificação dos profissionais por meio de treinamentos estruturados em comunicação em situações críticas está associada à redução das taxas de não autorização familiar, evidenciando o impacto positivo dessa abordagem na condução do processo de oferta da doação. A incorporação de práticas centradas no cuidado

e na compreensão das necessidades emocionais das famílias contribui para um ambiente mais adequado à tomada de decisão.

8 QUALIDADE

O programa de qualidade foi criado em 2026 com o objetivo de implementar e manter o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) no processo de doação, captação, distribuição e transplante de órgãos e tecidos, visando garantir a segurança, rastreabilidade, conformidade legal, eficiência operacional e melhoria contínua dos processos, assegurando assistência ética, segura e de excelência aos doadores, transplantados e profissionais envolvidos.

As principais atividades deste programa têm como:

- Promover a segurança dos órgãos e tecidos em todas as etapas do processo de transplantes;
- Garantir a rastreabilidade de órgãos, tecidos e informações relacionadas;
- Padronizar processos por meio de protocolos, POPs e indicadores;
- Identificar, notificar, analisar e tratar não conformidades, incidentes e eventos adversos;
- Atender às legislações, normas sanitárias e requisitos regulatórios vigentes;
- Fortalecer a cultura da qualidade, segurança e gestão de riscos;
- Monitorar indicadores para subsidiar tomada de decisão e melhoria contínua;
- Capacitar continuamente os profissionais envolvidos nos processos;
- Assegurar transparência, eficiência e confiabilidade na gestão do sistema de transplantes.

O principal impacto esperado é buscar a melhoria contínua do processo de doação e transplante, mitigando as falhas e aumentando as oportunidades de realização de transplantes, melhorando o aproveitamento dos órgãos que possam ser transplantados.

9 INFORMAÇÃO PARA A COMUNIDADE

A doação de órgãos é um ato de solidariedade, capaz de salvar inúmeras vidas. Para que esse processo ocorra de forma sólida e contínua, é fundamental que a população esteja adequadamente informada sobre o processo de doação de órgãos, fortalecendo o engajamento social e reduzindo barreiras culturais ou de desinformação que possam dificultar este processo. Entretanto, não basta apenas conscientizar a população. O grande desafio reside na estruturação do sistema de saúde e na educação dos profissionais envolvidos nesse

processo, para garantir que os órgãos doados sejam efetivamente transplantados com segurança e eficácia.

Desta forma, em Santa Catarina, os recursos financeiros disponíveis são prioritariamente investidos na capacitação dos profissionais da saúde envolvidos no processo de doação e transplante. De nada adianta campanhas massivas de conscientização se, na prática, faltam médicos, enfermeiros e equipes bem treinadas para identificar potenciais doadores, realizar diagnóstico de morte encefálica e garantir uma entrevista familiar humanizada junto às famílias enlutadas. Sem profissionais preparados, muitas oportunidades de doação são perdidas, comprometendo a chance de quem aguarda um transplante.

Em 2020, através de uma iniciativa da Assembleia Legislativa de Santa Catarina aprovou-se a Lei nº 17.936 que dispõe sobre medidas de conscientização a respeito da importância da doação de órgãos e de tecidos para transplante nas escolas públicas e privadas de ensino fundamental e médio. As medidas referidas farão parte do conteúdo das disciplinas de Ciências no ensino fundamental e de Biologia no ensino médio e devem abordar conceitos e fundamentos científicos, culturais, econômicos, políticos e sociais sobre as especificidades que envolvem a doação de órgãos e tecidos para transplante.

A inserção deste tema na formação acadêmica adequadamente conduzida, pode criar gerações mais conscientes, reduzindo preconceitos e a desinformação. Além dessa iniciativa, é necessário fortalecer o diálogo entre os profissionais de saúde e a população e realizar parcerias com instituições locais que auxiliem na divulgação e promoção da doação de órgãos.

10 PRINCIPAIS DADOS DA ATIVIDADE DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES

As principais estruturas e os dados da atividade de doação e transplantes em Santa Catarina estão demonstrados a seguir. Esse levantamento é essencial para subsidiar o planejamento estratégico e direcionar esforços para solucionar os problemas prioritários.

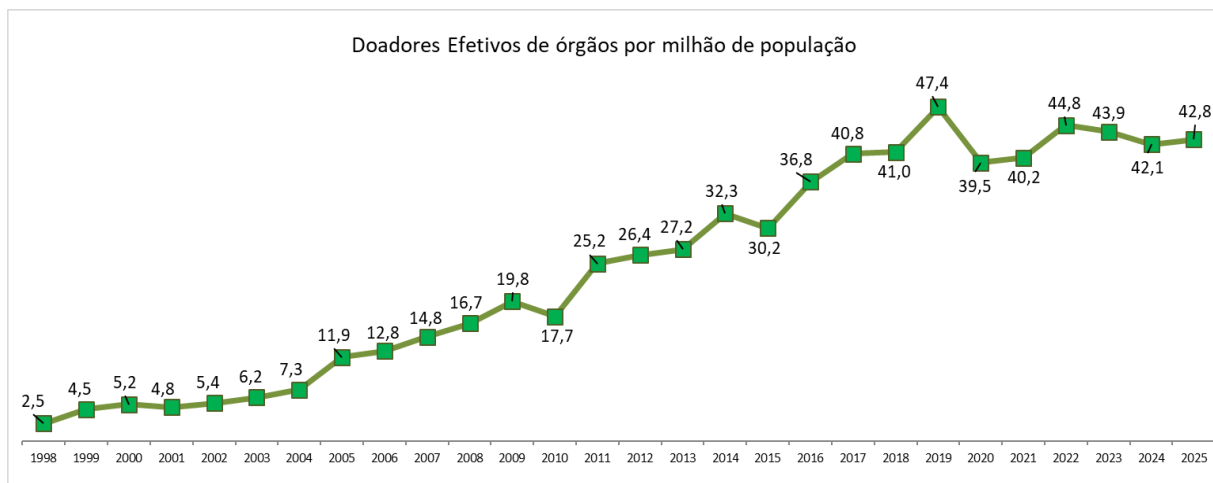


Figura 2: Gráfico de doadores efetivos de órgãos por milhão de população entre 1998 e 2025

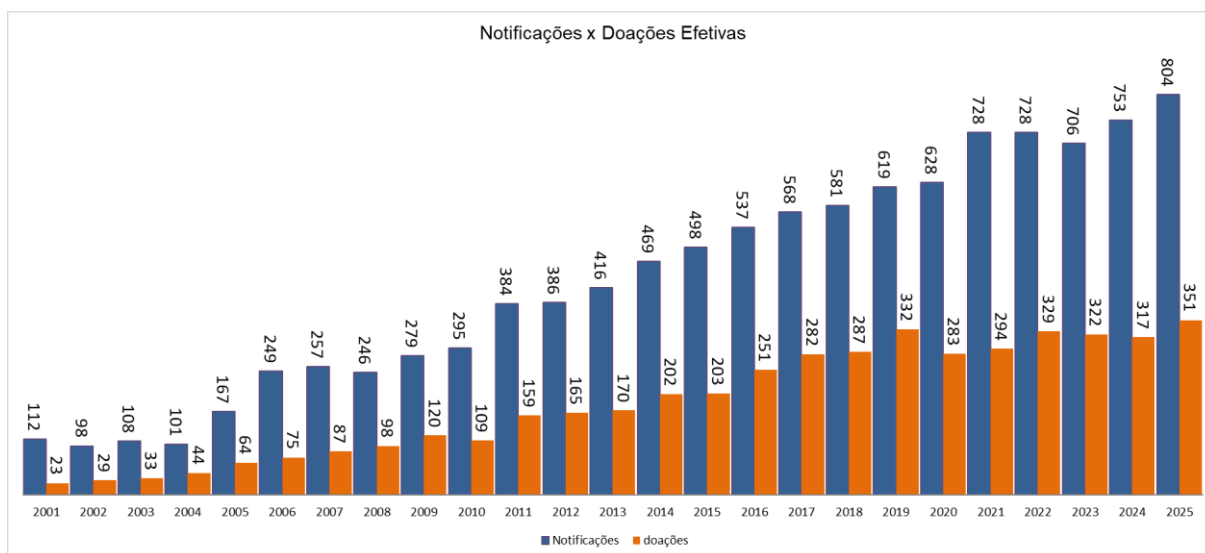


Figura 3: Gráfico de notificações e doações efetivas de órgãos entre 2001 e 2025.

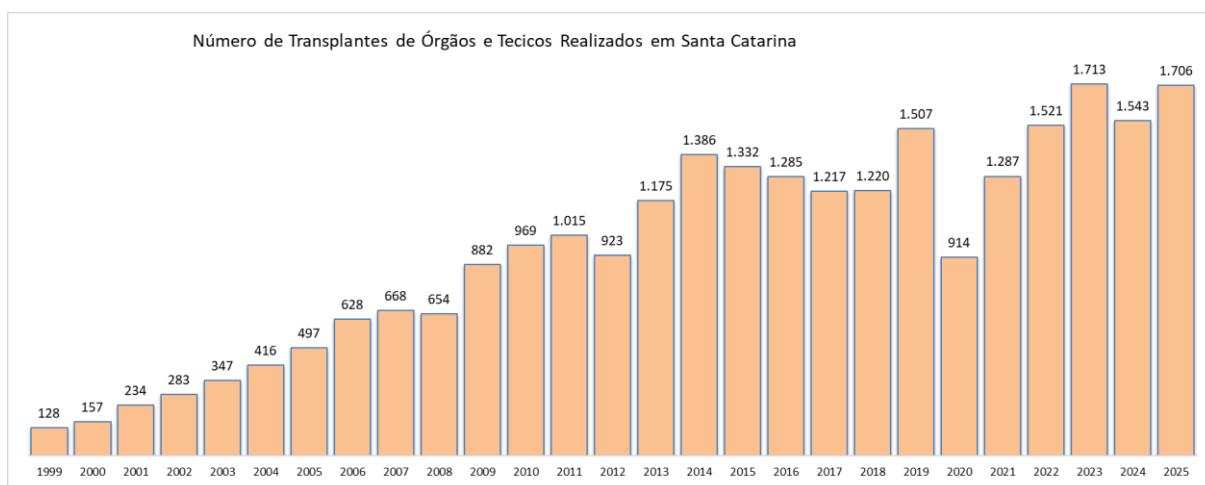


Figura 4: Gráfico de notificações e doações efetivas de órgãos entre 2001 e 2025.

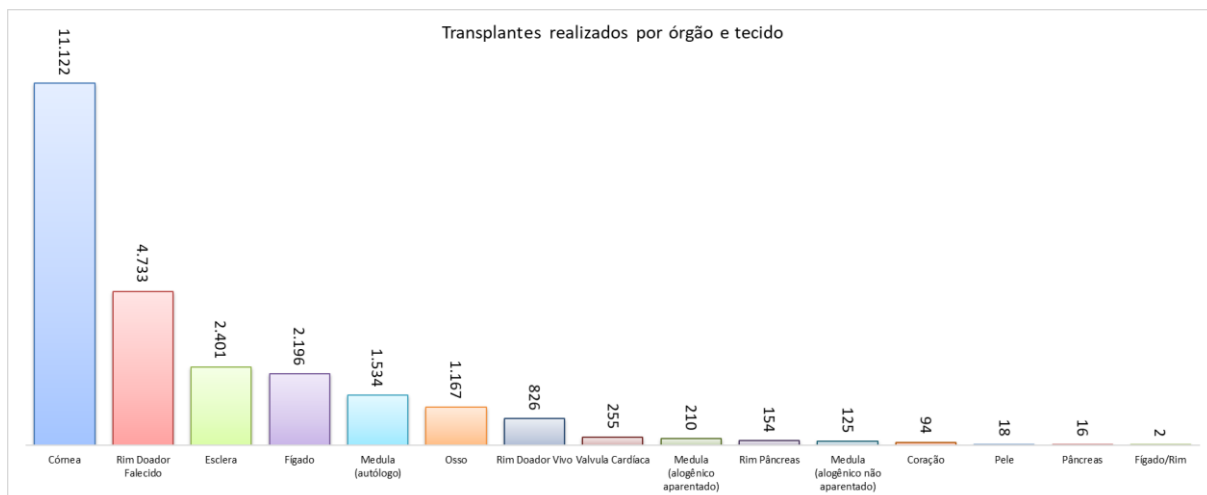


Figura 5: Gráfico de notificações e doações efetivas de órgãos entre 2001 e 2025.

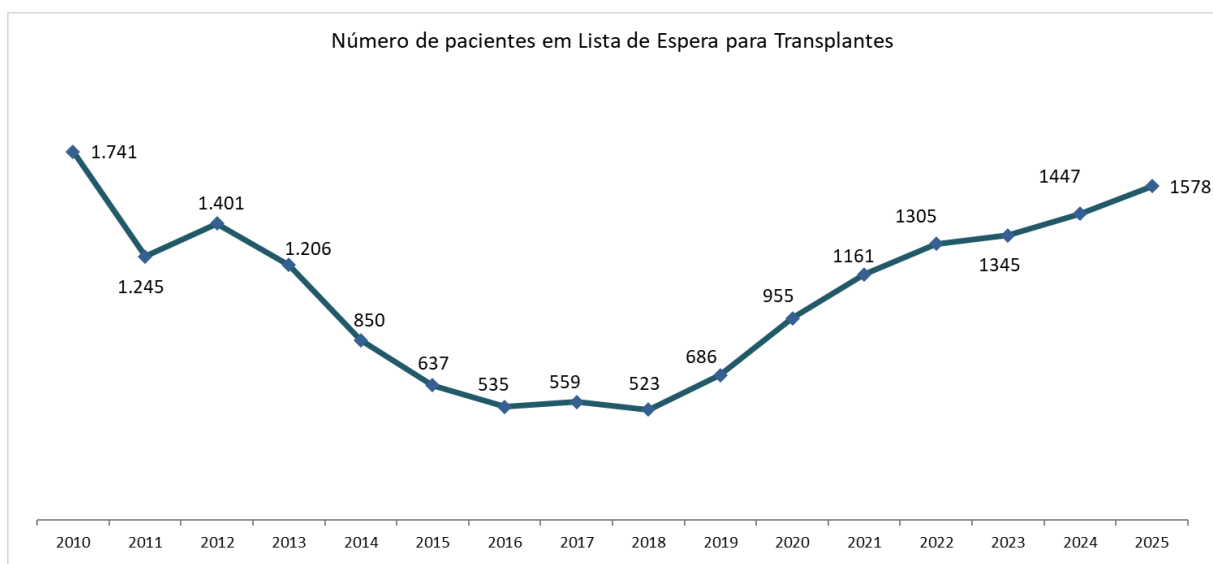


Figura 6: Gráfico do número de pacientes em lista de espera para transplantes entre 2010 e 2025.

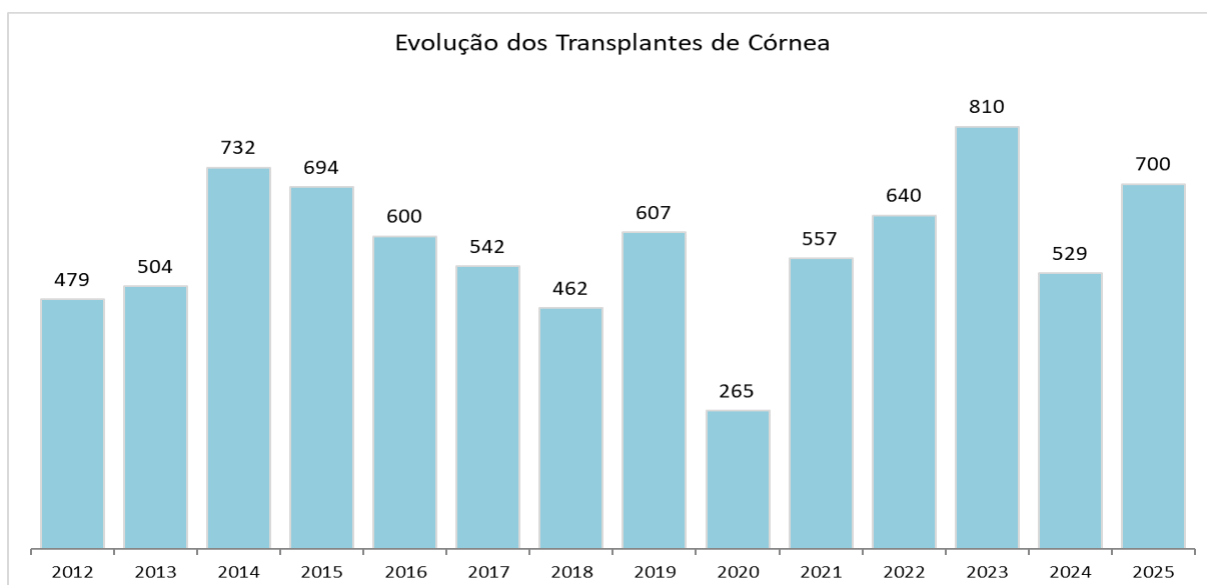


Figura 7: Gráfico com número de transplantes de córneas entre 2012 e 2025.

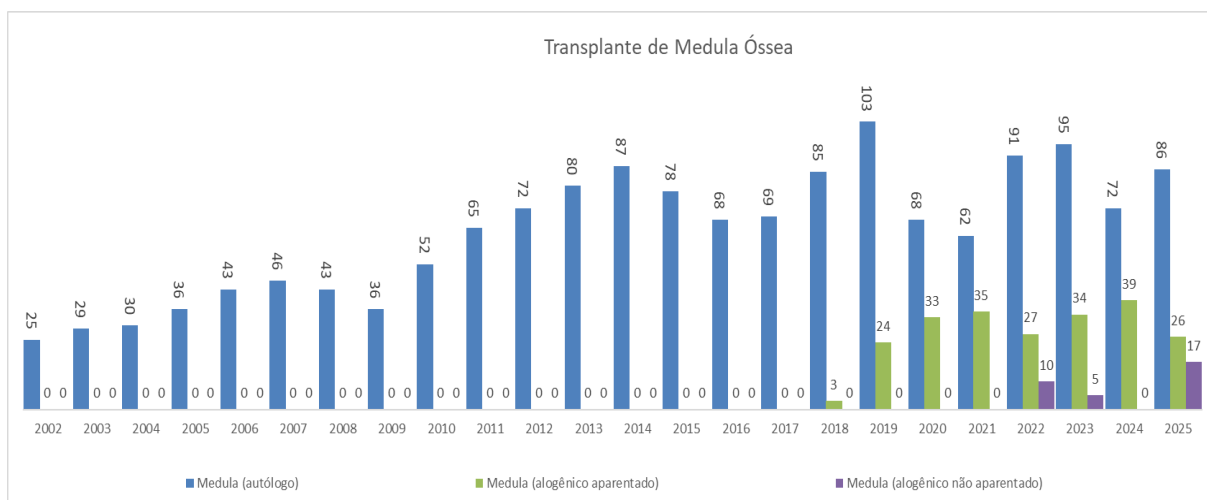


Figura 8: Gráfico do número de transplantes de medula óssea por tipo

MAPEAMENTO DE REGIÕES E HOSPITAIS NOTIFICANTES

10.1.1 Municípios com hospitais doadores

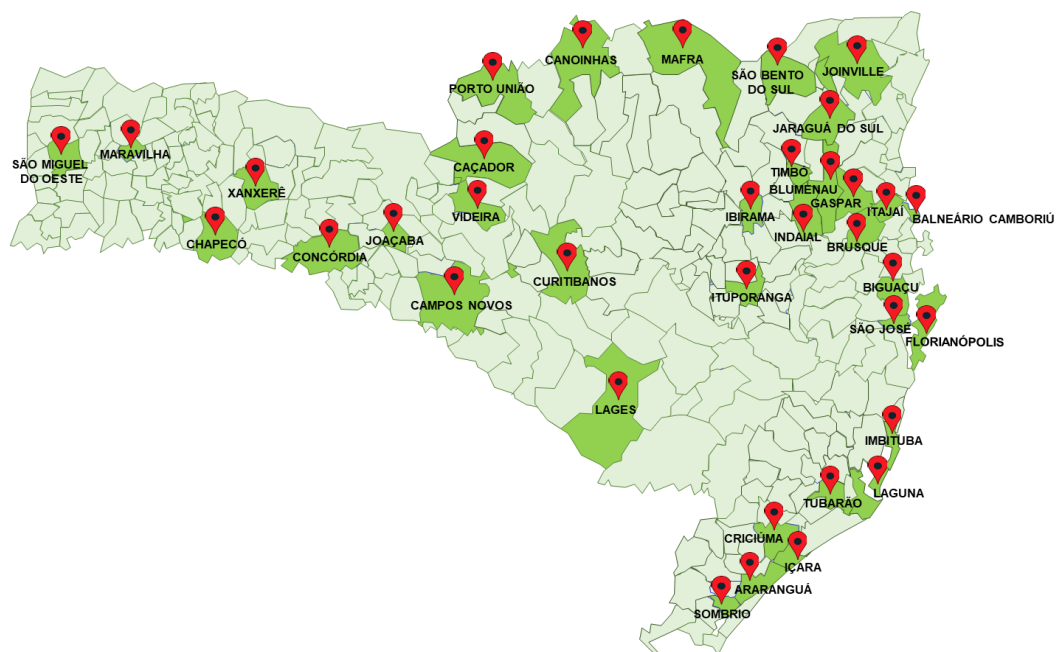


Figura 9: Mapa com municípios que possuem hospitais doadores.

10.1.2 Mapa de municípios com serviços de transplantes de órgãos

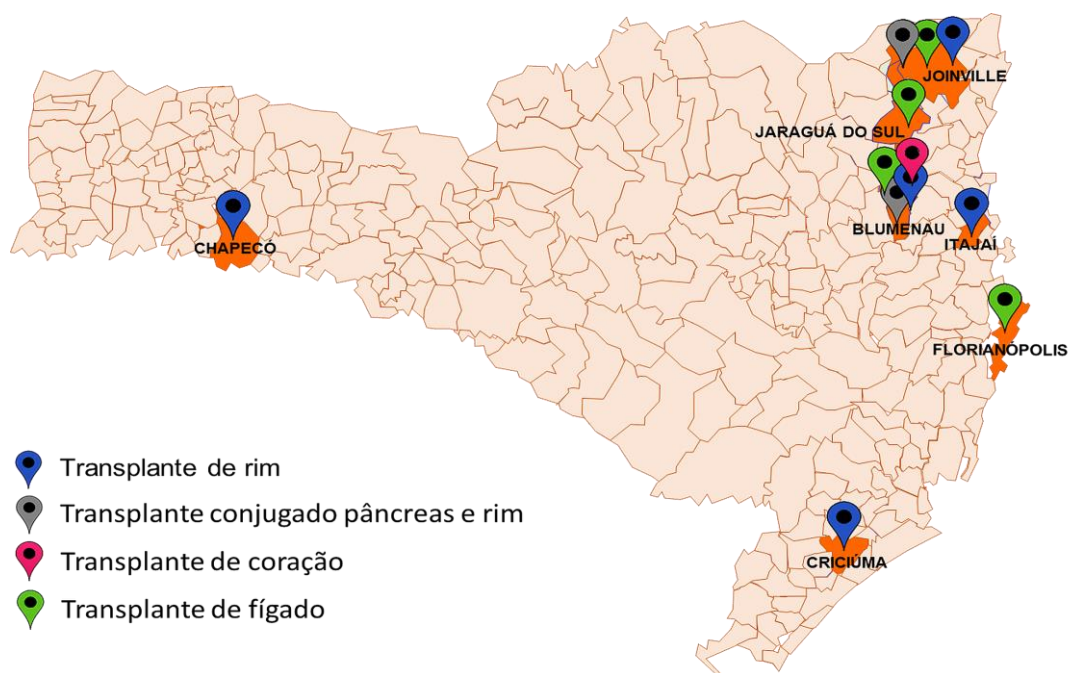


Figura 10: Mapa de municípios que possuem centros de transplante de órgãos por tipo.

10.2 MAPEAMENTO DAS ESTRUTURAS ESPECIALIZADAS DA REDE DE PROCURA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Macrorregião	Hospital
Foz do Rio Itajaí	HOSPITAL MATERNIDADE MARIETA KONDER BORHAUSEN-ITAJAÍ
	HOSPITAL REGIONAL RUTH CARDOSO-BALNEÁRIO CAMBORIÚ
	UNIMED LITORAL-BALNEÁRIO CAMBORIÚ
	HOSPITAL PEQUENO ANJO-ITAJAÍ
	HOSPITAL DO CORAÇÃO-BALNEÁRIO CAMBORIÚ
	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUÍZA-BALNEÁRIO CAMBORIÚ
Grande Florianópolis	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS-FLORIANÓPOLIS
	HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ-SÃO JOSÉ
	HOSPITAL BAÍA SUL-FLORIANÓPOLIS
	HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO-FLORIANÓPOLIS
	HOSPITAL INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA-JOINVILLE
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO P. ERNANI DE SÃO THIAGO-FLORIANÓPOLIS
	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-SÃO JOSÉ
	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA SANTA CATARINA-SÃO JOSÉ
	HOSPITAL DE CARIDADE-FLORIANÓPOLIS
	HOSPITAL FLORIANÓPOLIS-FLORIANÓPOLIS
	SOS CÁRDIO-FLORIANÓPOLIS
	HOSPITAL NEREU RAMOS-FLORIANÓPOLIS
	HOSPITAL REGIONAL DE BIGUAÇU HELMUTH NASS-BIGUAÇU
	CASA DE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO-FLORIANÓPOLIS
	CLÍNICA NEURON DOR-FLORIANÓPOLIS
Meio Oeste	CEPON-FLORIANÓPOLIS
	HOSPITAL MATERNIDADE CARMELA DUTRA-FLORIANÓPOLIS
	HOSPITAL MAICÉ-CAÇADOR
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA-JOACABA
	HOSPITAL SÃO FRANCISCO-CONCÓRDIA
	HOSPITAL DIVINO SALVADOR-VIDEIRA
Nordeste	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DOUTOR JOSÉ ATHANÁSIO-CAMPOS NOVOS
	CENTRO HOSPITALAR UNIMED JOACABA-JOACABA
	HOSPITAL HÉLIO ANJOS ORTIZ-CURITIBANOS
	HOSPITAL SÃO MIGUEL-JOACABA
	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ-JOINVILLE
	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO JOSÉ-JARAGUÁ DO SUL
	CENTRO HOSPITALAR UNIMED JOINVILLE-JOINVILLE
	HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT-JOINVILLE
	HOSPITAL DONA HELENA-JOINVILLE
	HOSPITAL MATERNIDADE JARAGUÁ-JARAGUÁ DO SUL
Planalto Norte	HOSPITAL GERAL JOINVILLE - HAPVIDA-JOINVILLE
	HOSPITAL BETHESDA-Joinville
	MATERNIDADE DARCY VARGAS-JOINVILLE
	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO-MAFRA
	HOSPITAL MAT. SAGRADA FAMÍLIA-SÃO BENTO DO SUL
Grande Oeste	HOSPITAL SANTA CRUZ-CANOINHAS
	HOSPITAL DE CARIDADE SÃO BRÁZ-PORTO UNIÃO
	FUNDAÇÃO HOSPITALAR RIO NEGRINHO-RIO NEGRINHO
	MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS-Mafra
Serra Catarinense	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE-CHAPECÓ
	HOSPITAL REGIONAL T. GAIO BASSO-SÃO MIGUEL DO OESTE
	CENTRO HOSPITALAR UNIMED CHAPECÓ-CHAPECÓ
	HOSPITAL SÃO PAULO-XANXERÊ
Sul	HOSPITAL SÃO JOSÉ-MARAVILHA
	HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES-LAGES
	HOSPITAL TEREZA RAMOS-LAGES
	HOSPITAL INFANTIL SEARA DO BEM-LAGES
	HOSPITAL SÃO JOSÉ-CRICIÚMA
	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO-TUBARÃO
	HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ-ARARANGUÁ
	HOSPITAL SÃO DONATO-IÇARA
	CENTRO HOSPITALAR UNIMED TUBARÃO-TUBARÃO
	HOSPITAL DOM JOAQUIM-SOMBRIÓ
Vale do Itajaí	CENTRO HOSPITALAR UNIMED CRICIÚMA-CRICIÚMA
	HOSPITAL INFANTIL SANTA CATARINA-CRICIÚMA
	HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA-CRICIÚMA
	HOSPITAL SÃO CAMILO-IMBITUBA
	HOSPITAL DE CARIDADE SENHOR BOM JESUS PASSOS-LAGUNA
	HOSPITAL SANTA ISABEL-BLUMENAU
	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE-RIO DO SUL
	HOSPITAL AZAMBUJA-BRUSQUE
	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO-BLUMENAU
	HOSPITAL BEATRIZ RAMOS-INDAIAL
	CENTRO HOSPITALAR UNIMED BLUMENAU-BLUMENAU
	HOSPITAL WALDOMIRO COLAUTTI-IBIRAMA
	HOSPITAL OASE-TIMBÓ
	HOSPITAL IMIGRANTES-BRUSQUE
	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO-GASPAR
	HOSPITAL BOM JESUS-ITUPORANGA

10.3 MAPEAMENTO DA REDE TRANSPLANTADORA DE TECIDOS E DE BANCOS DE TECIDOS OCULARES

10.3.1 Mapa de municípios com serviços de transplantes de tecidos



Figura 11: Mapa com municípios que possuem centros de transplante de córnea.

10.4 IDENTIFICAÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE EM COMPARAÇÃO COM O NÚMERO DE PACIENTES EM TRS

A desproporção entre o número de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) e aqueles inscritos em lista nos serviços de transplante renal em Santa Catarina é um dado preocupante. Estima-se que entre 35-45% dos pacientes em TRS deveriam ser encaminhados ao transplante renal. Uma auditoria programada de conformidade, realizada entre os anos de 2024 e 2025 pela Diretoria de Auditoria do SUS (DIAS/SES/SC), revelou várias razões para que pacientes em diálise tenham seu acesso aos serviços de transplante renal atrasados ou negados. Partindo desses dados elaborou-se sugestões para a revisão dos contratos junto aos prestadores de TRS em Santa Catarina.

O acompanhamento dos dados de todos os pacientes submetidos à TRS nos permitirá avaliar prospectivamente a evolução desta importante questão de saúde pública bem como

guiar as iniciativas necessárias para a correção dos eventuais desvios na trajetória do paciente renal crônico até o transplante.

10.5 SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE OS RESULTADOS DE PÓS-TRANSPLANTES

Os resultados do trabalho desenvolvido pelas equipes de transplantes de órgãos, tecidos e células devem ser amplamente divulgados e acessíveis à sociedade. Nesse contexto, cabe à CET/SC monitorar sistematicamente os indicadores e resultados de todos os serviços habilitados, promovendo transparência e permitindo que gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema e a sociedade acompanhem o desempenho das instituições e equipes transplantadoras.

O desenvolvimento e a implementação de ferramentas, sistemas e estratégias voltadas ao monitoramento, análise e divulgação desses resultados deverão ocorrer de forma integrada e colaborativa entre a CET/SC e as equipes de transplantes, fortalecendo a qualidade assistencial e a melhoria contínua do sistema estadual de transplantes.

11 OBJETIVOS, DIRETRIZES, METAS E INDICADORES

Os Objetivos, Diretrizes, Metas e Indicadores (DOMI) são elementos fundamentais do planejamento estratégico e gestão organizacional. Eles ajudam a direcionar esforços, alinhar equipes e medir resultados de forma clara e eficiente.

Os objetivos representam o ponto de partida desse processo, ao definirem de maneira ampla e qualitativa o que se deseja alcançar. Eles fornecem uma visão do futuro desejado e orientam as ações em um horizonte estratégico. As diretrizes, por sua vez, funcionam como princípios norteadores que balizam a tomada de decisões, garantindo que os esforços estejam alinhados aos valores e à missão da organização.

Enquanto os objetivos estabelecem a direção geral, as metas traduzem esses propósitos em termos específicos, quantificáveis e temporais. Elas detalham o “como” e o “quando” os objetivos serão atingidos, trazendo maior clareza e possibilidade de monitoramento. Para apoiar esse monitoramento, entram em cena os indicadores, ferramentas indispensáveis que permitem avaliar o desempenho de maneira objetiva.

A seguir, o quadro abaixo explora a interdependência entre esses elementos, destacando sua relevância para o planejamento, a execução e a análise de resultados.

DIRETRIZ:	Implementar estratégias para aprimorar o sistema de doação e transplantes de tecidos e órgãos no estado de Santa Catarina	
OBJETIVO 1:	Fomentar o aproveitamento de tecidos e órgãos ofertados por meio da melhoria nos processos de doação e distribuição	
META	INDICADOR	AÇÕES
1.1. Atingir um percentual mínimo de 66% de órgãos, rim e fígado, captados efetivamente transplantados até 2030.	1.1. Percentual de órgãos captados que foram efetivamente transplantados (nº órgãos transplantados/ nº órgãos captados *100)	1. Adequar os critérios de validação de enxertos. Inclusive órgãos torácicos na oferta nacional.
1.2. Obter 3/2 de proporção de órgãos transplantados até 2030.	1.2. Proporção de órgãos transplantados (de órgãos captados / nº de órgãos transplantados)	2. Desenvolver atividades em educação permanente sobre alocação junto à todas as equipes de transplantes.
1.3. Aumentar o número de equipes para 05 que aceitam rins de doadores com critérios expandidos até 2030.	1.3. Número de equipes que aceitam órgãos de pacientes expandidos	3. Elaborar um plano de reconhecimento anual à equipe que aceitou mais órgãos de doadores com critérios expandidos.
1.4. Atingir 100% dos pacientes com doações multiorgânicas com prazo flexível de entrega do corpo até 2030.	1.4. Percentual de pacientes com doações multiorgânicas com prazo flexível de entrega do corpo	4. Estimular e monitorar o encaminhamento de pacientes em TRS aos serviços de transplante renal. 5. Oferecer às equipes de coordenação de transplantes treinamento para flexibilizar o

		prazo de entrega do corpo.
OBJETIVO 2:	Estruturar um sistema sustentável e com financiamento adequado ao programa de educação permanente em Doação e Transplantes em Santa Catarina	
META	INDICADOR	AÇÕES
2.1. Aumentar em 20% o percentual de profissionais capacitados no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos até 2030.	2.1. Percentual de profissionais capacitados no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos.	1. Elaborar curso virtual de transplante de rim e disponibilizar na plataforma EaD da ESPSC. 2. Realizar uma capacitação sobre doação em cada macrorregião de saúde para equipes de captação
2.2. Aumentar o percentual em 30% do orçamento para a Educação Permanente em Doação e Transplantes em SC em 2030.	2.2. Percentual do orçamento para a Educação Permanente em Doação e Transplantes em SC.	3. Inscrever-se no programa de financiamento de bolsas de pesquisa FAPESC 4. Buscar parcerias público-privadas para a Educação Permanente e Continuada.

OBJETIVO 3:	Promover a inclusão adequada dos pacientes na lista de transplante, com protocolos claros, otimizando e qualificando todo o processo	
META	INDICADOR	AÇÕES
3.1. Inserir 100% dos pacientes com indicação para transplante na lista de espera até 2030.	3.1. Taxa de pacientes com indicação para transplante na lista de espera	1. Monitorar a disponibilização dos exames necessários para inserção do paciente em lista de espera não cobertos pelo MS 2. Capacitar os profissionais de saúde (APS e especialidades) sobre indicações e resultados dos transplantes. 3. Disponibilizar consultas em nefrologia, hepatologia, oftalmologista, cardiologia para o acesso aos pacientes para as especialidades (SUR, SAS, SAC).

3.2. Atingir 35-45% o percentual de pacientes em TRS inscritos em fila de transplantes até 2030.	Percentual de pacientes TRS inscritos em fila de transplantes	4. Realizar auditoria de contra-indicações 5. Realizar reunião de alinhamento com as clínicas. 6. Incluir no contrato com as clínicas o indicador de atingimento de pacientes em fila de transplantes.
OBJETIVO 4:	Implantar um sistema eficiente para registro dos transplantes e dos desfechos clínicos, garantindo a transparência do sistema e análise das ações.	
META	INDICADOR	AÇÕES
4.1. Implantar um sistema de registro do potencial doador e dos desfechos clínicos dos transplantes em SC.	4.1. Número de sistema implantado de registro do potencial doador e dos desfechos clínicos em SC.	1. Desenvolver um sistema que permita esse registro 2. Contatar o MS e/ou a ABTO para liberação dos dados para SC 3. Zelar para que os resultados da taxa de sobrevida dos transplantes de órgãos sejam compatíveis com os resultados internacionais.
4.2. Obter a taxa de sobrevida anual de 100% dos pacientes-enxertos de todos os transplantes até 2030.	4.2. Percentual dos pacientes-enxertos de todos os transplantes.	

OBJETIVO 5:		Criar normativa estadual para a constituição de uma rede de hospitais transplantadores sem acesso ao usuário do SUS ou privados.
META	INDICADOR	AÇÕES
5.1. Implementar uma normativa estadual para hospitais transplantadores.	5.1. Número de normativa estadual para hospitais transplantadores	1. Elaborar normativa estadual para hospitais transplantadores. 2. Passar pela a aprovação da CIB a normativa estadual para hospitais transplantadores. 3. Estimular os serviços públicos para habilitarem-se no sistema de transplantes por meio de reuniões com cada serviço
5.2. Monitorar o número de pacientes doadores em instituição privada até 2030.	5.2. Número de pacientes doadores em instituição privada	
OBJETIVO 6:		Monitorar o acesso eficaz do atendimento das intercorrências pelo centro transplantador
META	INDICADOR	AÇÕES
6.1. Monitorar 100% do atendimento dos pacientes com intercorrências pós-transplante no seu estabelecimento transplantador até 2030.	6.1. Número de atendimento dos dos pacientes com intercorrências pós-transplante no seu estabelecimento transplantador	1. Firmar um termo de compromisso com os estabelecimentos transplantadores uma política de respeito estrito ao direito do paciente de buscar atendimento na unidade transplantes. 2. Implantar um sistema de telemedicina para acompanhamento de intercorrências (HRim).

OBJETIVO 7:	Trabalhar continuamente para ampliar a transparência do sistema	
META	INDICADOR	AÇÕES
7.1. Atingir fila zero de espera para transplante de córnea até 2030.	7.1. Número de pacientes em fila de espera para transplante de córnea	1. Articular com os serviços SUS um aprimoramento da capacidade instalada para transplantes de tecido ocular.
7.2. Criar plano de desenvolvimento de um banco multitecidos para o estado de SC até 2030	7.2. Número de plano de desenvolvimento de um banco multitecidos para o estado de SC	2. Desenvolver em parceria com o INTO a sistematização da captação de tecido ósteocondrofascioligamentar. 3. Estabelecer em parceria com o banco de multitecidos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre os fluxos de captação de pele.
OBJETIVO 8:	Estabelecer e implementar um programa de gestão da qualidade estadual, estabelecendo melhoria contínua das doações e dos transplantes de órgãos e tecidos no estado de SC.	
META	INDICADOR	AÇÕES

8.1. Implantar o programa de gestão de qualidade no Sistema Estadual de Transplante até 2030.	8.1. Número de programa de gestão de qualidade implantado na Sistema Estadual de Transplante.	1. Elaborar e implementar o programa de gestão da qualidade na CET/SC. 2. Disseminar a implantação do programa de gestão da qualidade à todas as equipes de transplantes.
---	---	---

12 DEFINIÇÃO DOS PROCESSOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO CONTÍNUA DOS INDICADORES E ESTRATÉGIAS

O monitoramento e a avaliação contínua são elementos cruciais para garantir a efetividade do Plano Estadual de Desenvolvimento dos Transplantes (PEDT). Esses processos permitem acompanhar o progresso das ações implementadas, avaliar o alcance dos objetivos e identificar oportunidades de melhoria na rede estadual de doação e transplantes.

12.1 PROPOSTAS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CONTÍNUO DOS INDICADORES E ESTRATÉGIAS DEFINIDOS.

A organização temporal do acompanhamento permite diferenciar momentos de atualização operacional dos indicadores e etapas de análise estratégica dos resultados, garantindo que as informações produzidas sejam consolidadas em tempo oportuno e utilizadas de forma qualificada na tomada de decisão. Essa definição de periodicidade contribui para reduzir improvisações, aumentar a consistência dos registros e fortalecer a cultura institucional de acompanhamento contínuo.

Propõe-se um ciclo estruturado em três níveis complementares de acompanhamento, levando em consideração a periodicidade preconizada pelas diretrizes sobre planejamento do SUS:

1) Nível Operacional – Mensal

a) Objetivo: Acompanhamento técnico dos indicadores e das ações em execução.

b) Responsável: Coordenação do SC Transplantes.

c) Produtos:

- Atualização da Matriz de Monitoramento;
- Registro de evidências;
- Identificação de desvios preliminares;
- Relatório técnico sintético interno.

d) Finalidade: Detectar precocemente atrasos, inconsistências ou riscos operacionais.

2) Nível Tático – Quadrimestral

- a) Objetivo: Consolidação de desempenho e análise comparativa das metas.
- b) Responsável: Coordenação do SC Transplantes com descrição no RDQA.
- c) Produtos:
 - Apresentação da Matriz de Monitoramento;
 - Análise de tendência dos indicadores;
 - Apresentação de metas críticas;
 - Recomendações de ajustes.
- d) Finalidade: Qualificar decisões intermediárias e ajustes estratégicos.

3) Nível Estratégico – Anual

- a) Objetivo: Avaliação ampliada do desempenho institucional e consolidação dos resultados e incorporação aos instrumentos oficiais do SUS.
- b) Responsável: Coordenação do SC Transplantes com descrição no RAG.
- c) Produtos:
 - Elaboração e apresentação da Matriz de Avaliação
 - Relatório analítico anual de desempenho;
 - Avaliação de eficiência, eficácia e efetividade;
 - Revisão de prioridades e reprogramações para o próximo ano.
 - Integração ao RAG.
- d) Finalidade: Verificar aderência estratégica e coerência institucional. Além de prestação de contas e reorientação estratégica.

Quadro 1 – Quadro de Avaliação de Alcance das Metas Anual

Descrição	Categorias	Percentual de Alcance da Meta
Mede qualitativamente e quantitativamente o grau de alcance/realização das meta	Meta alcançada	≥100%
	Meta alcançada parcialmente	70% a 99%
	Realizada de forma incipiente	10% a 69%
	Não realizada	0,00%
Mede as razões que justificaram o abandono das metas planejadas	Por adaptação do novo cenário	-
	Por dificuldades de avaliação prévia da viabilidade de mensuração	-

Fonte: Elaboração Própria, 2026.

O alcance anual da execução das metas previstas será avaliado de acordo com o status demonstrado no quadro acima e será apresentado no relatório analítico anual de desempenho. A partir desse status, será possível a revisão de prioridades e reprogramações para o próximo ano, corrigindo os rumos do plano. Caso haja suspensão de alguma ação/meta, a mesma deverá ser justificada para posteriores esclarecimentos à Gestão.

13 CONCLUSÃO

Historicamente, Santa Catarina tem demonstrado protagonismo e excelência, alcançando taxas de doadores efetivos significativamente superiores à média nacional e próximas às referências mundiais, fruto da adaptação bem-sucedida do Modelo Espanhol e da profissionalização das Comissões Hospitalares de Transplantes (CHTs).

O Plano Estadual de Doação e Transplantes (PEDT) de Santa Catarina para o quadriênio 2026-2030 consolida-se como o instrumento estratégico fundamental para orientar as ações de agentes públicos e privados no fortalecimento do Sistema Estadual de Transplantes.

Elaborado em estrita observância à Portaria GM/MS Nº 5.685/2024, este plano reflete não apenas o cumprimento de uma exigência legal, mas o compromisso contínuo do Estado com a ampliação do acesso, a promoção da equidade e a transparência em todas as etapas do processo de doação e transplante.

As diretrizes e metas estabelecidas para este ciclo focam na qualificação integral da rede assistencial, priorizando a Educação Permanente como pilar para a identificação de 100% das mortes encefálicas e para o acolhimento humanizado das famílias enlutadas. Além disso, a integração com o Programa Nacional de Qualidade (PRODOT) e a utilização de sistemas informatizados de monitoramento garantirão a rastreabilidade e a eficiência operacional necessárias para salvar mais vidas.

Por fim, a implementação plena deste PEDT, após sua pactuação formal na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação pelo Sistema Nacional de Transplantes, permitirá que Santa Catarina continue a ser uma referência de solidariedade e eficiência. O sucesso deste planejamento depende do esforço coordenado entre gestão, profissionais de saúde e sociedade civil, assegurando que o direito à vida e à dignidade humana seja o norteador supremo de todas as nossas ações.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Bernadete Martins; ARRUDA, Susana Margareth. **Como fazer referências bibliográficas, eletrônicas e demais formas de documento**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Biblioteca Universitária, c2001. Documento não publicado.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2012a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: informação e documentação – sumário – apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2012b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Normas de apresentação tabular**. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, [2010]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=resultados>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SACCOL, Amarolinda Zanela; REINHARD, Nicolau. Tecnologias de informação móveis, sem fio e ubíquas: definições, estado-da-arte e oportunidades de pesquisa. **RAC: Revista de Administração Contemporânea**, v.11, n.4, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado do Planejamento. **[Indicadores de Educação]**: número de Escolas da Rede Estadual – Total. Santa Catarina, [2015]. Disponível em: https://sites.google.com/a/spg.sc.gov.br/portal/indicadores/ind_educacao/instituicoes-de-ensino/escolas/rede-estadual. Acesso em: 28 mar. 2022.

ANEXO I - Projeto de Profissionalização das Comissões Hospitalares de Transplantes de Santa Catarina.

(Revisão 2021)

1. Projeto

Profissionalização do Sistema de Procura de Órgãos do Estado de Santa Catarina, por meio da de incentivo financeiro de custeio destinado à remuneração das Comissões Hospitalares de Transplante (CHT) de Santa Catarina, como Gratificação pela Atividade de Coordenação Hospitalar de Transplantes.

2. Objetivo

Alavancar o número de doações de órgãos e tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina por meio da Profissionalização do Sistema de Procura de Órgãos do Estado de Santa, estabelecendo critérios de seleção, remuneração e produtividade dos profissionais das CHT que atuam na procura e/ou geração de órgãos e tecidos para transplantes.

3. Definição de CHT

A CHT tem como principal função organizar a instituição hospitalar para que seja possível detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital, viabilizando o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina, criando rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos.

3.1 Atribuições da CHT

São atribuições do coordenador da CHT:

- I. Articular-se com as equipes encarregadas do diagnóstico de morte encefálica, assegurando que o processo seja ágil e eficiente, dentro dos parâmetros éticos e legais;

- II. Articular-se com profissionais médicos que realizam o exame complementar, buscando otimizar o agendamento do mesmo;
- III. Articular-se com profissionais médicos que realizam o exame clínico, viabilizando a realização deste exame dentro do tempo previsto conforme resolução do CFM;
- IV. Articular-se com as equipes de “Cuidados Paliativos” do Hospital, a fim de juntos buscarem estratégias para ofertar a possibilidade de doação à 100% das famílias dos potenciais doadores de múltiplos órgãos ou de tecidos;
- V. Estimular a notificação de 100% dos casos de Morte Encefálica à CET;
- VI. Coordenar os profissionais nas atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos;
- VII. Articular-se com o IML e SVO, nos casos em que se aplique, para minimizar o tempo do processo de autópsia dos doadores. Sempre que possível, viabilizar a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja concluída a retirada dos órgãos;
- VIII. Gerenciar o arquivamento das cópias dos documentos relativos ao doador de maneira a se ter acesso fácil, por até 20 anos;
- IX. Orientar o SAME quanto à obrigatoriedade do arquivamento dos documentos originais relativos à doação;
- X. Planejar e promover educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplante de órgãos/tecidos, através do cronograma anual de atividades.
- XI. Implementar e manter atualizadas programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos/tecidos;
- XII. Gerenciar os óbitos ocorridos na instituição a fim de controlar o número total de óbitos para análise das perdas de potenciais doadores de tecido ocular;
- XIII. Alimentar os indicadores institucionais referentes à CHT e manter atualizado e à vista o painel de gestão com os indicadores abaixo:
 - **% de escapes = Total de óbitos em ME não notificados/Total de óbitos em ME x 100;**
 - **% de paradas cardíacas = Total de perdas por parada cardíaca/total de notificações x 100;**

· **% de recusas familiares = Total de perdas por recusa familiar/total de entrevistas x 100;**

· **% de doadores efetivos= Total de doadores efetivos/Total de notificações x 100;**

- XIV.** Supervisionar ou enviar até o 5º(quinto) dia útil do mês (subsequente) o Relatório Mensal das Atividades da CHT (anexo III) a CET;
- XV.** Supervisionar ou preencher semanalmente o sistema online de informativos de óbitos das unidades de críticos.
- XVI.** Supervisionar a realização de buscas ativas de pacientes com quadro sugestivo de evolução para morte encefálica através de três buscas diárias (manhã, tarde e noite), registrando no **“Sistema on-line de Busca Ativa”**
- XVII.** Coordenar o processo de entrevista dos familiares dos potenciais doadores identificados, assegurando que esta ação seja, igualmente, regida pelos mais estritos parâmetros éticos e morais.
- XVIII.** Organizar e coordenar junto com os membros da CHT, as campanhas junto à comunidade em prol da doação de órgãos e tecidos, bem como, treinamentos internos para conscientização dos colaboradores da instituição acerca do tema.
- XIX.** Realizar reuniões mensais com registro em livro ata, apresentando os resultados, os casos de perdas, não conformidades, e discutir com a equipe estratégias de melhorias para o processo;
- XX.** Supervisionar ou realizar a conferência e arquivamento do prontuário de morte encefálica e doador de tecido ocular, bem como o encaminhamento de AIH e CHEK LIST ao setor de contas médicas;
- XXI.** Divulgar e oportunizar aos profissionais das unidades de pacientes críticos a participarem das capacitações da CET
- XXII.** Viabilizar junto ao hospital a autorização para as auditorias dos óbitos das unidades de críticos pelo Programa de Qualidade do Sistema Estadual de Transplantes dos óbitos;
- XXIII.** Informar a CET por meio de ofício, as alterações na composição da equipe.
- XXIV.** Gerenciar ou encaminhar mensalmente a escala de sobreaviso dos membros da CHT.

- XXV. Enviar para CET semestralmente a programação de educação continuada dos profissionais do hospital sobre o processo de doação de órgãos para transplante;
- XXVI. Enviar para CET/SC, através do Anexo III, as ações de sensibilização em prol da doação de órgãos e tecidos realizadas na comunidade

São atribuições dos membros da CHT:

- I. Articular-se com a equipe assistencial do estabelecimento de saúde, especialmente das Unidades de Pacientes Críticos, para identificar os pacientes com suspeita de ME e viabilizar a abertura do protocolo de diagnóstico de ME e de manutenção do potencial doador;
- II. Realizar a busca ativa de pacientes com quadro sugestivo de evolução para morte encefálica nas UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS, nos períodos da manhã, tarde e noite, registrando no **“Sistema on-line de Busca Ativa”**;
- III. Registrar semanalmente no **“Sistema on-line de informativos de óbito”** todos os óbitos ocorridos nas UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS;
- IV. Utilizar e gerenciar o protocolo de diagnóstico de morte encefálica, conforme **Resolução CFM nº 2.173/2017, seguindo as etapas do “Roteiro para gerenciamento do protocolo para diagnóstico de morte encefálica”**
- V. Organizar a documentação do protocolo de diagnóstico de morte encefálica e de doação de órgãos e enviar à CET cópias dos mesmos, de acordo com Decreto nº 9.175/2017 e o protocolo estadual padronizado;
- VI. Manter o Médico da CHT ciente de todo potencial doador e protocolo de M.E existente no Hospital;
- VII. Gerenciar a manutenção do potencial doador junto à equipe assistente, buscando a aderência de todos os itens do roteiro estabelecido pela CET, quando necessário, com o apoio do profissional médico da CHT;
- VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias de pacientes em **processo de diagnóstico de morte encefálica** no âmbito da instituição, independente da condição de potencial doador ou não.
- IX. Realizar a entrevista familiar após a confirmação do diagnóstico de ME e validação da CET, conforme o Decreto nº 9.175/2017.

- X. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- XI. Em caso de pacientes não identificados ou de ausência de contato com responsável legal pelo potencial doador, articular-se juntamente com o setor de apoio da instituição (Ex.: Serviço Social, departamento jurídico) e órgãos competentes (IGP, IML, Polícia Civil) para sua identificação/localização;
- XII. Em caso de ausência de autorizante legal do potencial doador, articular-se juntamente com o Defensoria Pública para fazer cumprir a decisão dos familiares, via autorização judicial;
- XIII. Realizar coordenação de sala cirúrgica durante o processo de retirada dos órgãos e tecidos até a liberação do corpo, cumprindo as orientações do **“Roteiro de Coordenação de Sala Cirúrgica”** disponibilizado pela CET;
- XIV. Organizar o fluxo intra hospitalar necessário ao processo de doação de órgãos e tecidos;
- XV. Nos casos em que o corpo do doador ter indicação de encaminhamento para IML, antes do procedimento cirúrgico deverá ser enviado o formulário de **“Comunicação para o IML da remoção de órgãos e tecidos”** para ciência.
- XVI. Entregar o corpo do doador à família ou ao IML, na hipótese em que seja necessário, condignamente recomposto, de modo a recuperar tanto quanto possível a sua aparência anterior.
- XVII. Organizar todos os documentos do prontuário do doador, conforme *check list* de arquivamento e garantir o preenchimento da AIH para o faturamento da conta;
- XVIII. Participar das reuniões mensais da CHT;
- XIX. Participar dos Cursos de formação oferecidos pela CET.

São atribuições do Médico da CHT:

- I. Realizar a avaliação e validação do potencial doador e discutir com o sobreaviso médico da CET em caso de dúvidas;
- II. Prestar supervisão e assistência técnica a equipe assistencial quanto à identificação de potenciais doadores, diagnóstico de morte encefálica e cuidados médicos relacionados à manutenção do paciente doador;
- III. Auxiliar a equipe assistencial e da CHT nas comunicações das etapas do diagnóstico de morte encefálica e entrevista familiar;
- IV. Articular-se com os respectivos serviços para a realização da prova gráfica

- V. Promover reuniões, capacitações, necessários sobre as etapas do diagnóstico de morte encefálica junto a equipe assistencial das unidades de pacientes críticos;
- VI. Articular-se com os respectivos serviços para a liberação dos laudos médicos e exames necessários;
- VII. Participar dos Cursos de formação oferecidos pela CET.

4. Critérios para concessão do incentivo

O incentivo financeiro de custeio será concedido conforme os critérios de classificação e potencial de geração de doadores (PG):

4.1. Classificação dos Hospitais conforme Potencial de Geração de Doadores

Os hospitais contemplados pelo incentivo financeiro de que trata este projeto terão os seguintes Potenciais de Geração de Doadores (PG) possíveis:

I – PG-I - realiza busca ativa, possui UTI e exame de diagnóstico de morte encefálica e notifica até 10 mortes encefálicas por ano;

II – PG-II - realiza busca ativa, possui UTI, exame de diagnóstico de morte encefálica e notifica até 20 mortes encefálicas por ano;

III – PG-III - realiza busca ativa, possui UTI, exame de diagnóstico de morte encefálica, está habilitada como referência em neurologia/neurocirurgia e notifica até 30 mortes encefálicas por ano;

IV – PG-IV - realiza busca ativa, possui UTI, exame de diagnóstico de morte encefálica, está habilitada como referência em neurologia/neurocirurgia e notifica até 50 mortes encefálicas por ano;

V – PG-V - realiza busca ativa, possui UTI, exame de diagnóstico de morte encefálica, está habilitada como referência em neurologia/neurocirurgia e notifica mais de 50 mortes encefálicas por ano.

4.2. Constituição das Coordenações Hospitalares de Transplantes:

Os membros e coordenadores de equipe serão indicados pelos hospitais em consonância com a Gerência da SC Transplantes (Central Estadual de Transplantes), seguindo critérios técnicos onde serão considerados perfil profissional, formação e seu desempenho.

A CHT deverá ser instituída de forma oficial por Portaria do Hospital e composta por funcionários da Instituição, devendo estes ser obrigatoriamente profissionais médicos e enfermeiros que preferencialmente atuam em unidades de pacientes críticos.

O número de membros remunerados em cada CHT será proporcional ao porte de cada hospital:

I – PG-I - 02 membros

II – PG-II - 04 membros

III – PG-III - 06 membros

IV – PG-VI – 08 membros

V – PG-V – 10 membros

As comissões classificadas a partir do PG-II (04 membros) terão entre seus membros um Coordenador Geral da CHT, que obrigatoriamente deverá ser um profissional médico.

Todos os Hospitais contemplados neste Projeto deverão manter obrigatoriamente em seu quadro uma Comissão Hospitalar de Transplantes, que atuará 24 horas por dia.

Poderá haver substituição do(s) membro(s) e coordenador(es) de equipe:

- Por vontade e solicitação dos mesmos
- Por solicitação da Instituição com parecer da CET/SC
- Por solicitação da CET/SC levando-se em consideração seu desempenho.

4.3. Valor Gratificação por Atividade de Coordenação

	Nº de membros	Valor Coordenador Geral da CHT	Valor por Coordenador membro da CHT
I	2	0,00	R\$500,00
II	4	R\$900,00	R\$600,00
III	6	R\$1.200,00	R\$800,00
IV	8	R\$1.200,00	R\$800,00
V	10	R\$1.500,00	R\$1.000,00

5. Avaliação de Resultados e Desempenho:

Para acompanhamento da produtividade das CHT será adotado os seguintes indicadores:

- Taxa de mortes encefálicas não notificadas (Escapes)
- Taxa de efetivação
- Taxa de não autorização familiar
- Taxa de parada cardíaca

O acompanhamento de desempenho das CHT será anual, por meio da análise de dados extraídos de relatórios e auditorias do Programa de Qualidade do Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina.

Conforme os números alcançados, poderá haver alteração no Potencial de Geração de Doadores do Hospital, com consequente aumento ou decréscimo do número de membros das CHT.

Os hospitais que tiverem dificuldade em manter seu potencial de geração poderão ser acompanhados pela equipe do programa de qualidade para reavaliação da equipe, treinamento e acompanhamento in loco, a fim de identificar as fragilidades do processo e buscar ferramentas de melhoria.

6. Sistema de Repasse de Valores

O repasse para os hospitais que fazem parte do Programa de Profissionalização das Comissões Hospitalares de Transplantes seguirá o seguinte fluxo:

6.1. Para Hospitais contratualizados com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina:

6.2. Hospitais em Municípios com Gestão Plena da Saúde: incorporação do valor no teto dos municípios por meio de Deliberação CIB:

7- Programa de Qualidade do Sistema Estadual de Transplantes

Os hospitais contemplados pelo incentivo financeiro, poderão a qualquer momento ser submetidos a auditorias mensais dos prontuários de óbitos das unidades de críticos. Atualmente dezoito hospitais (18) já são auditados mensalmente.

A avaliação do processo de auditoria se realiza em duas etapas. A primeira consiste em uma avaliação interna ou autoavaliação, realizada pelas próprias equipes de coordenação de transplantes, através da alimentação do sistema de informativo de óbito e a segunda consiste em uma avaliação externa, realizada por enfermeiros da Organização de Procura de Órgãos do Hospital Santa Isabel- Blumenau, SC, juntamente com a coordenação de um médico.

O programa de qualidade tem como objetivo:

- Definir a capacidade teórica segundo o tipo de hospital;
- Detectar os escapes durante o processo de doação;
- Analisar as causas de perdas de potenciais doadores de órgãos como ferramenta para identificação de possíveis pontos de melhora;
- Descrever os fatores hospitalares que tem impacto no processo de doação.

Desta forma, através das auditorias, são gerados relatórios que são encaminhados a coordenação da CHT para análise, e posteriormente discutido em reunião com a equipe do programa e equipe da CHT para identificação das fragilidades e estratégias de melhoria de todo o processo.

ANEXO II - HOSPITAIS QUE SERÃO CADASTRADOS NO PRODOT

Hospital	Tipo CHT PRODOT	Nº de membros
HOSPITAL MATERNIDADE MARIETA KONDER BORHAUSEN-ITAJAÍ	IFQ-DOT IV	10
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ-JOINVILLE	IFQ-DOT IV	10
HOSPITAL REGIONAL DO OESTE-CHAPECÓ	IFQ-DOT IV	10
HOSPITAL SANTA ISABEL-BLUMENAU	IFQ-DOT IV	10
HOSPITAL SÃO JOSÉ-CRICIÚMA	IFQ-DOT IV	10
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO-MAFRA	IFQ-DOT IV	10
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO-TUBARÃO	IFQ-DOT III	8
HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES-LAGES	IFQ-DOT III	8
HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE-RIO DO SUL	IFQ-DOT III	8
HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ-SÃO JOSÉ	IFQ-DOT III	8
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO JOSÉ-JARAGUÁ DO SUL	IFQ-DOT II	5
HOSPITAL AZAMBUJA-BRUSQUE	IFQ-DOT II	5
HOSPITAL MAICÉ-CAÇADOR	IFQ-DOT II	5
HOSPITAL MUNICIPAL RUTH CARDOSO-BALNEÁRIO CAMBORIÚ	IFQ-DOT II	5
HOSPITAL REGIONAL T. GAIO BASSO-SÃO MIGUEL DO OESTE	IFQ-DOT II	5

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO-BLUMENAU	IFQ-DOT II	5
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA-JOAÇABA	IFQ-DOT II	5
FUNDAÇÃO HOSPITALAR Dr JOSÉ ATHANÁSIO-CAMPOS NOVOS	IFQ-DOT I	2
FUNDAÇÃO HOSPITALAR RIO NEGRINHO-RIO NEGRINHO	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL BEATRIZ RAMOS-INDAIAL	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL DE CARIDADE SÃO BRÁZ-PORTO UNIÃO	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL DE CARIDADE-FLORIANÓPOLIS	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL DIVINO SALVADOR-VIDEIRA	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL e MAT. INFANTIL SANTA CATARINA - CRICIÚMA	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL FLORIANÓPOLIS-FLORIANÓPOLIS	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL HÉLIO ANJOS ORTIZ-CURITIBANOS	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA-JOINVILLE	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO-FLORIANÓPOLIS	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL INFANTIL SANTA CATARINA-CRICIÚMA	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL MAT. SAGRADA FAMÍLIA-SÃO BENTO DO SUL	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL MATERNIDADE JARAGUÁ-JARAGUÁ DO SUL	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL NEREU RAMOS-FLORIANÓPOLIS	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL OASE - TIMBÓ	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL PEQUENO ANJO-ITAJAÍ	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ-ARARANGUÁ	IFQ-DOT I	2

HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT-JOINVILLE	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL SANTA CRUZ-CANOINHAS	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL SÃO DONATO-IÇARA	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL SÃO FRANCISCO - CONCÓRDIA	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL SÃO JOSÉ-MARAVILHA	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL SÃO PAULO-XANXERÊ	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL TEREZA RAMOS - LAGES	IFQ-DOT I	2
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - FLORIANÓPOLIS	IFQ-DOT I	2
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SC-SÃO JOSÉ	IFQ-DOT I	2
MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS - MAFRA	IFQ-DOT I	2

ANEXO III - DELIBERAÇÃO 416/CIB/2024

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 416/CIB/2024 - Retificada em 09-04-2026

Aprova o Fluxo de Regulação das Consultas pré e pós- transplante em Santa Catarina.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 286ª reunião ordinária de 07 de novembro de 2024 e em sua 291ª reunião ordinária de 05 de junho de 2025, retifica o Fluxo de Regulação das Consultas pré e pós- transplantes em Santa Catarina e Retifica em 09 de abril de 2026 para inclusão do Hospital Bethesda de Joinville.

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, que aprova o novo Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes;

Considerando a Portaria nº 2.041 de 25 de setembro de 2008, que estabelece pacote de remuneração para realização de exames para inclusão de pacientes em lista de transplantes;

Considerando o Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017 que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 e estabelece que o transplante de órgãos/tecidos só pode ser realizado pelos estabelecimentos de saúde previamente autorizados pelo Gestor Nacional do Ministério da Saúde;

Considerando o parágrafo 2º do Art. 19 da Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes que cita que “as atividades de acompanhamento pré-transplante e atualização das informações do potencial receptor no Cadastro Técnico Único (CTU) estarão limitadas às equipes especializadas e aos estabelecimentos autorizados para realização de transplante”;

Considerando a Portaria nº 766, de 14 de setembro de 2023, que exclui da tabela de habilitação do CNES o código 24.05 – Transplante conjugado Rim e Pâncreas, fazendo que para realização deste tipo de transplante o Centro Transplantador seja habilitado nas duas modalidades separadamente, transplante de pâncreas isolado 24.04 e transplante de rim 24.08;

Considerando o Plano Estadual de Transplantes que estabelece a Política Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina;

Considerando a necessidade de disciplinar dentro do Estado de Santa Catarina a realização das consultas pré-transplante e pós-transplante, visando garantir ao paciente candidato a transplante e/ou transplantado segurança em seu tratamento,e

Considerando a necessidade de instituir a regulação do acesso dos pacientes que necessitam de avaliação pré e pós-transplante em Santa Catarina.

APROVA

Art. 1º O Fluxo de Regulação das Consultas pré e pós-transplante em Santa Catarina, conforme detalhamento abaixo:

I. Instituir a regulação das consultas pré e pós-transplantes através do Sistema Informatizado de Regulação de todas as modalidades de transplante realizadas em serviços autorizados/habilitados no Estado que atendem pelo Sistema Único de Saúde.

II. Não estão contempladas as instituições privadas que não atendem pelo Sistema Único de Saúde e que possuem serviço de transplante autorizado pelo Ministério da Saúde.

III. A regulação das consultas pré-transplante dos serviços credenciados no Estado que atendem pelo Sistema Único de Saúde, passará a ser integralmente realizada através do Sistema Informatizado de Regulação.

IV. Os Centros Transplantadores poderão ter acesso ao Sistema Informatizado de Regulação como "solicitantes" de consultas pré-transplantes quando o paciente optar em realizar o transplante neste mesmo serviço.

V. As Unidades de Diálise terão acesso ao Sistema Informatizado de Regulação como solicitantes de consultas pré-transplante para inserção dos seus pacientes sem contra indicação para transplante.

VI. As consultas deverão ser realizadas no ambulatório do Centro Transplantador, ou em casos excepcionais no ambulatório de clínica especializada que tenha acordo formal firmado com o Centro Transplantador.

Art. 2º O fluxo referente a regulação de consultas pré e pós-transplante para pacientes candidatos a transplante residentes no Estado de Santa Catarina (Anexo I) assim como o fluxo referente aos pacientes candidatos a transplante oriundos de outros estados da federação (Anexo II).

Art. 3º As consultas pré-transplante e de acompanhamento pós-transplante ~~real~~ só poderão ser realizadas por equipes especializadas e Centros Transplantadores devidamente autorizados pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde (CGSNT/MS).

Art. 4º Quando o Centro Transplantador autorizado pelo CGSNT/MS não dispuser de estrutura física adequada de ambulatório, este pode estabelecer acordos formais com clínica especializada para realização das consultas e exames pré- transplante e pós-transplante.

Art. 5º A clínica especializada, que trata o art 4º, preferencialmente, deverá estar próxima ao Centro Transplantador e o atendimento dos pacientes deverá ser realizado por profissional médico integrante da equipe de transplante. Situações de exceção quanto a localização, poderão existir, desde que o profissional médico com comprovada experiência no acompanhamento de pacientes transplantados.

Art. 6º A Central Estadual de Transplantes e a Secretaria Municipal de Saúde do Município onde está localizado o Centro Transplantador e/ou clínica deverão ser informados oficialmente sobre os acordos formais.

Art. 7º Os municípios só poderão autorizar o agendamento das consultas pré- transplante e pós-transplante no sistema de regulação para aquelas clínicas que apresentarem a formalização do acordo com o Centro Transplantador.

Art. 8º São de responsabilidade do Centro Transplantador:

I - Definir o fluxo e disponibilizar o atendimento para todas as consultas de urgência e emergência pós transplante, assim como o manejo das intercorrências pós transplante. Em caso de pacientes que porventura procurem outras unidades em urgência/emergência por conta de proximidade do domicílio ou outro motivo, deverá ser priorizada a disponibilização de vaga para transferência desses pacientes ao Centro Transplantador para continuidade do manejo após o atendimento inicial. Enfatiza-se que este fluxo se refere a intercorrências relacionadas ao transplante e suas complicações.

II - Disponibilizar todos os exames comuns e os exames específicos de cada órgão para inscrição de receptores na lista única de transplante (Cadastro Técnico Único - CTU - art. 42º PT GM/MS de Consolidação nº 4/2017) e outros que julgarem necessários no acompanhamento pré e pós-transplantes. Portanto não é de responsabilidade do município ou da Unidade de Diálise a realização dos exames pré-transplante.

III - A retirada de cateteres de diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal) assim como ligadura de fístulas arteriovenosas dos pacientes em seguimento pós- transplante renal, são de responsabilidade do Centro Transplantador onde foi realizado o procedimento de transplante (Deliberação 264/CIB/2021 § 7º).

IV - O acompanhamento pós transplante, mesmo nos casos de desabilitação, pois este atendimento não exige habilitação específica. Porém o estabelecimento deve estar cadastrado com o serviço/classificação 149/014 (Acompanhamento de paciente transplantado), o que permitirá o faturamento do procedimento de acompanhamento pós transplante. Ressalta-se a importância do envio dos relatórios dos atendimentos e acompanhamentos pós transplantes para a Central Estadual de Transplantes (CET) para que sejam providenciadas as atualizações no SIG/SNT.

Art. 9º Fica garantido acesso aos pacientes que realizaram transplantes de órgãos e/ou tecidos em outros Estados, ou mesmo em Santa Catarina, que planejam ou efetivamente já mudaram seu domicílio e necessitam de manutenção do seguimento, através de acompanhamento pós- transplante em Santa Catarina. O agendamento deverá ser realizado via Sistema Informatizado de Regulação, em agenda de consultas para este fim, disponibilizado pelos Centros Transplantadores, conforme fluxo estabelecido no Anexo III.

Art. 10º O não cumprimento desta deliberação deve implicar na suspensão ou descredenciamento do estabelecimento de saúde e seu respectivo programa de transplante.

Art. 11º Ficam revogadas as Deliberações 268/CIB/2015 e Deliberação 299/CIB/2023.

Florianópolis, 09-04-2026

DIOGO DEMARCHI SILVA
Secretário de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

SINARA REGINA LANDT SIMIONI
Presidente do COSEMS
Coordenadora CIB/COSEMS

SINARA
REGINA LANDT
SIMIONI:03059
883955
Assinado de forma
digital por SINARA
REGINA LANDT
SIMIONI:0305988395
Dados: 2026.04.10
16:43:38 -03'00'

Anexo IV - Dados clínicos necessários e os exames mínimos necessários para o agendamento da consulta pré-transplante por tipo.

Fígado (adulto) – Protocolo de Acesso da Regulação Ambulatorial SES/SC Rim

(adulto) – Protocolo de Acesso da Regulação Ambulatorial SES/SC Coração

(adulto) - Protocolo de Acesso da Regulação Ambulatorial SES/SC Pâncreas

(adulto) - Protocolo de Acesso da Regulação Ambulatorial SES/SC

Tecido Ocular (adulto e pediátrico) - Protocolo de Acesso da Regulação Ambulatorial SES/SC

Tecido ósseo - Ortopedia (adulto e pediátrico): Protocolo de Acesso da Regulação Ambulatorial SES/SC

Transplante de Medula Óssea Autólogo (adulto) - Protocolo de Acesso da Regulação Ambulatorial SES/SC

Transplante de Medula Óssea Alogênico (adulto) - Protocolo de Acesso da Regulação Ambulatorial SES/SC

Anexo V - Referências Consultas Pré-Transplante

Os prestadores deverão informar/encaminhar o nome dos médicos para inclusão no SISTEMA DE REGULAÇÃO, as consultas deverão ser realizadas no ambulatório do hospital, casos excepcionais de ambulatório externo deverão ser formalizados pelo hospital transplantador e prestador e informados formalmente a gerência de transplantes.

Prestadores a serem incluídos no SISTEMA DE REGULAÇÃO
Consulta Pré-Transplante de Fígado - Adulto

- 1) Hospital Santa Isabel - CNES 2558246 - Blumenau (Todo o Estado)
- 2) Hospital Universitário - CNES 3157245 - Florianópolis (Todo o Estado)
- 3) Hospital Municipal São José - CNES 2436469 - Joinville (Todo o Estado)
- 4) Hospital e Maternidade São José - CNES 2306336 - Jaraguá do Sul (Todo o Estado)

Consulta Pré-Transplante de Rim - Adulto

- 1) Hospital Santa Isabel - CNES 2558246 - Blumenau (Todo o Estado)
- 2) Hospital São José - Criciúma - CNES 2758164 (Todo o Estado)
- 3) Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - CNES 2522691 - Itajaí (Todo o Estado)
- 4) Hospital Municipal São José - CNES 2436469 - Joinville - Prestador: Clínica Pró-rim (Todo o Estado)
- 5) Hospital Regional do Oeste - CNES 2537788 - Chapecó - Prestador: Clínica Renal do Oeste - (Todo o Estado)

Consulta Pré-Transplante de Pâncreas – Adulto

- 1) Hospital Santa Isabel – Blumenau – CNES 2558246 (Todo o Estado)

Consulta Pré-Transplante de Coração - Adulto

- 1) Hospital Santa Isabel – CNES 2558246 – Blumenau (Todo Estado)

Consulta Pré Transplante de Córnea

- 1) Hospital Regional - São José - CNES 2555646 (Todo Estado) - Pediátrico e Adulto
- 2) Hospital Universitário - CNES 3157245 - Florianópolis (Todo o Estado) - Pediátrico e Adulto
- 3) Hospital Governador Celso Ramos - CNES 2691841 - Florianópolis (Todo o Estado) - Pediátrico e Adulto

- 4) Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - CNES 2522691 - Itajaí (Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí) – Pediátrico e Adulto
- 5) Hospital Santa Isabel – Blumenau – CNES 2558246 (Todo o Estado) - Adulto
- 6) Hospital São José – Criciúma - CNES 2758164 - (Sul) - Pediátrico e Adulto
- 7) Hospital Regional do Oeste - CNES 2537788 - Chapecó - (Oeste e Meio Oeste) - Pediátrico e Adulto
- 8) Hospital Universitário Santa Terezinha - CNES 2560771- Joaçaba - (Meio Oeste) - Pediátrico e Adulto
- 9) Hospital e Maternidade Rio do Testo - Pomerode - CNES 2513838 - (Pomerode e Região)
- 10) Hospital de Olhos da Serra - Clínica de Olhos da Serra Ltda - Lages (Serra Catarinense)

Consulta em Ortopedia/Transplante de Tecido Ósseo:

Adulto:

- 1) Hospital Governador Celso Ramos - CNES 2691841 (Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí e Serra)
- 2) Hospital Regional - São José - CNES 2555646 (Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí e Serra)
- 3) Hospital Santo Antônio - CNES 2522101- Blumenau (Vale do Itajaí e Grande Oeste)
- 4) Hospital Municipal São José - CNES 2436469 - Joinville (Norte e Nordeste)
- 5) Hospital Bethesda - CNES 2521296 - Joinville (Norte e Nordeste)
- 6) Hospital e Maternidade São José - CNES 2306336 - Jaraguá do Sul (Vale do Itapocu e Meio Oeste)
- 7) Hospital São José - Criciúma - CNES 2758164 (Sul)

Pediátrico:

- 1) Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis - CNES 2691868 (Todo Estado)
- 2) Hospital Infantil Jeser Amarante - CNES 2436469 - Joinville (Todo Estado)

Consulta Pré Transplante de Transplante de Medula Óssea Autólogo e Alogênico - Adulto

- 1) CEPON - CNES 0019445 - Florianópolis (Todo Estado).

Consulta Pré Transplante de Transplante de Válvula Cardíaca Humana – Pediátrico

- 1) Hospital Infantil Jeser Amarante - CNES 2436469 - Joinville (Todo Estado)

ANEXO IV - DELIBERAÇÃO 264/CIB/2021

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 264/CIB/2021 – RETIFICAÇÃO 25/08/2022

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 260ª reunião ordinária de 08 de dezembro de 2021 aprovou e, na 263ª reunião ordinária da CIB de 26 de maio de 2022, RETIFICOU o Art. 2º, mantendo o fluxo anterior somente para os pacientes em DRC graus 4 e 5 e estabelecendo novo direcionamento para os pacientes estratificados em DRC estágio 3b à Atenção Primária à Saúde. RETIFICADA na reunião 264ª reunião ordinária da CIB de 23 de junho de 2022, principalmente os Art. 3º e Art.4º, enfatizando que os portadores de DRC estágio 5, com indicação de TRS devem ter o pedido inserido no SISREG obrigatoriamente pela Clínica ou pela UBS (no caso de pacientes acompanhados em centro não prestador de TRS como policlínicas, hospitais e nos ambulatorios de caráter privado mas que necessitem realizar diálise pelo SUS) e a necessidade de permanência na internação até a garantia da vaga de TRS ambulatorial e a possibilidade das clínicas absorverem, em caráter de urgência, casos agudizados de pacientes em tratamento conservador, desde que tenham condições de atendimento e não tenha fila na regulação, dentre outros ajustes. **Retificada na reunião ordinária da CIB de 25 de agosto de 2022 para ajustes nos Arts. 4º e 5º desta Deliberação.**

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial no seu eixo III, que se refere ao cuidado integral das DCNT;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC Nº 11, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de diálise;

Considerando a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC);

Considerando que, no momento, não há excedentes na oferta de serviços de hemodiálise em relação à demanda;

Considerando a necessidade de regulamentar a atenção à pessoa com doença renal crônica nos serviços de atenção especializada ambulatorial e estabelecer critérios administrativos, técnicos e clínicos;

Considerando a Linha de Cuidado do paciente com Doença Renal Crônica de Santa Catarina;

Considerando a Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018, que altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de

Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

APROVA

Art. 1º O novo fluxo de acesso e gerenciamento de vagas do serviço de Hemodiálise e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) no Estado de Santa Catarina.

Art. 2º Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que estejam em consulta ambulatorial por Doença Renal Crônica (DRC) graus, 3b, 4 e 5 devem passar por Teleconsultoria compulsória em Teleconsultoria/Doença Renal Crônica.

§ 1º Para os pacientes com DRC graus 4 e 5 em caso de necessidade de encaminhamento ao nefrologista, o médico assistente deverá preencher o encaminhamento com os dados clínicos e os exames complementares obrigatórios conforme Protocolo de Acesso para Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica Adulto ou Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica Infantil, 100% regulada via sistema SISREG, conforme PPI municipal.

§ 2º Para os pacientes estratificados com DRC grau 3b, o matriciamento do médico especialista será direcionado às equipes da Atenção Primária de Saúde.

§ 3º Conforme Deliberação 142/2016, acerca da utilização das Teleconsultorias nos processos regulatórios, caso o encaminhamento para consulta seja realizado por médico nefrologista, a UBS poderá inserir o pedido em Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica Adulto ou Infantil sem a necessidade de Teleconsultoria, informando o nome completo e CRM do nefrologista.

Art. 3º Os portadores de DRC estágio 5, com indicação de Terapia Renal Substitutiva (TRS) solicitada pelo médico Nefrologista, devem ter o pedido de TRS inserido no SISREG obrigatoriamente pela Clínica prestadora da Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica – Adulto ou pela UBS, no caso de pacientes acompanhados por Nefrologistas em centro não prestador de TRS (policlinicas, hospitais e ambulatorios de caráter privado) e que necessitem realizar diálise pelo SUS, na nomenclatura Consulta para Avaliação de Hemodiálise ou Consulta em Triagem – CAPD, transcrevendo todos os campos do pedido TRS: nome e CRM do Nefrologista que indicou o procedimento, os resultados dos exames anexos obrigatórios e as sorologias, sendo o procedimento 100% regulado pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA).

§ 1º Do momento da solicitação da vaga até o início do tratamento, o paciente deverá permanecer sob seguimento do médico assistente, com realização frequente de exames laboratoriais, se indicado, até o início de diálise.

§ 2º Os pacientes com uremia sintomática ou urgência dialítica poderão iniciar diálise (ambas as modalidades) em uma unidade ambulatorial que tenha

condições de absorvê-lo em caráter de urgência, desde que seja julgado adequado para seu quadro clínico pelo médico assistente e que não tenha fila de espera para vaga de diálise na respectiva região. Nesse caso, o pedido de diálise deverá ser inserido no sistema SISREG para autorização e na APAC relativa aos procedimentos realizados deverá constar no campo observações a indicação de hemodiálise de urgência e anexados os exames que comprovem esta condição.

§ 3º Caso tenha fila de espera por vaga de diálise ambulatorial, o paciente deverá ser orientado a procurar a unidade de atendimento de emergência mediante encaminhamento realizado pelo médico responsável para início do tratamento sob internação. Este paciente será priorizado em vermelho na classificação de risco para obtenção de vaga ambulatorial quando houver condições de alta hospitalar.

§ 4º É importante que para todos os pacientes seja considerada a realização de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) antes da solicitação de hemodiálise.

Art. 4º No caso de pacientes internados que necessitem de vaga para permanecer em hemodiálise ou diálise peritoneal após a alta hospitalar, o médico nefrologista que indicou o procedimento deverá preencher integralmente o pedido de TRS que deverá ser inserido no SISREG pela unidade hospitalar na nomenclatura: Consulta para Avaliação de Hemodiálise ou Consulta em Triagem CAPD, transcrevendo todos os campos do pedido de TRS: nome e CRM do Nefrologista que indicou o procedimento, os resultados dos exames anexos obrigatórios e as sorologias.

§ 1º Esses pacientes deverão permanecer internados sob tratamento dialítico até o aceite e agendamento da primeira sessão por parte do prestador.

§ 2º No caso de pacientes internados em outra regional de saúde, os mesmos ficam dispensados da Consulta para avaliação de Hemodiálise. Nesse caso, o prestador deverá prontamente avaliar a documentação encaminhada (pedido TRS, anexos obrigatórios e sorologias e solicitar resultado de exames previstos na portaria da DRC).

§ 3º Pacientes em proximidade de indicação de diálise, mas que não tenham iniciado o procedimento durante esta internação deverão ser encaminhados para Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica Adulto, desde que tenham condições clínicas de aguardar pelo mesmo eletivamente.

Art. 5º Os pacientes que estejam em tratamento de hemodiálise, ao propor mudança para outro Município/Região de Saúde, não deverão descontinuar seu tratamento no local de origem, até que seja garantida vaga em outro serviço, e nele esteja agendada a primeira sessão.

§ 1º No caso das solicitações de vagas para pacientes de mudança de domicílio dentro do Estado, a clínica responsável pelo paciente deverá solicitar por e-mail à CERA o acesso SISREG para a Macrorregião pretendida pelo paciente, após esta liberação, a clínica deverá inserir o pedido TRS no sistema SISREG na

nomenclatura: Consulta para Avaliação de Hemodiálise ou Consulta em Triagem CAPD conforme referência, transcrevendo todos os campos do pedido de TRS: nome e CRM do Nefrologista que indicou o procedimento, os resultados dos exames anexos obrigatórios e as sorologias sendo o procedimento 100% regulado pela CERA.

§ 2º Diante da comunicação de mudança para outro serviço/ Região de Saúde, o prestador que vem realizando os procedimentos de hemodiálise ao portador de doença renal, deverá garantir seu tratamento até que seja oficialmente comunicada a data e horário do início do tratamento no centro que disponibilizar a vaga na região onde o usuário pretende residir, comunicação esta que cabe ao solicitante do procedimento no SISREG.

§ 3º A unidade solicitante deverá sempre ser informada da indisponibilidade de vaga e orientar o paciente a não efetivar a mudança sem disponibilização de vaga ambulatorial. Caso o paciente venha para a região sem confirmação de vaga, com intenção de permanência, necessitará procurar atendimento na emergência hospitalar para avaliação, procedimento que não é regulado. Caso permaneça internado, poderá ser realizado novo pedido TRS na modalidade internado.

Art. 6º Os moradores de outros Estados que necessitem de hemodiálise em Santa Catarina, seja por mudança de domicílio (fixo) ou trânsito (temporário) neste Estado, deverão solicitar vaga com antecedência e, aguardar comunicação informando a disponibilidade do serviço na Região a que for se mudar ou transitar. Não deverá abandonar o tratamento feito no centro de referência de origem, sem a garantia da vaga.

§ 1º As solicitações de vagas para pacientes em mudança de domicílio oriundos de outros Estados, deverão ser feitas pela Clínica responsável pelo paciente por e-mail à CERA, informando os dados clínicos e laudo dos exames complementares, o nome e CRM do médico nefrologista responsável pela solicitação, obrigatórios conforme protocolo de acesso. O pedido será inserido no SISREG após análise da documentação apresentada.

§ 2º O prestador fará a avaliação desta documentação e confirmará vaga disponibilizada com agendamento da primeira sessão em caso de aceite pelo prestador dentro do prazo de sete dias úteis após o contato da CERA.

§ 3º Caso o paciente não consiga comparecer na data da primeira sessão agendada, terá o prazo de dez dias corridos para ocupá-la posteriormente, mediante comunicação prévia ao prestador. São elegíveis para esta modalidade os pacientes com quadro clínico estável e acesso vascular definitivo.

§ 4º As recusas somente poderão ocorrer mediante justificativas clínicas e deverão ser documentadas e enviadas à CERA. Em caso de necessidade de maiores esclarecimentos clínicos ou de exames não constantes nos anexos obrigatórios, o prestador deverá entrar em contato diretamente com a unidade de diálise à qual o paciente se encontra vinculado, não cabendo esse trâmite à CERA. As unidades prestadoras que estiverem com algum posicionamento pendente sobre disponibilização da vaga existente por período superior aos sete

dias úteis ficam sujeitas à suspensão temporária das análises das APACs para autorização.

§ 5º No caso de pacientes que afirmam residir em uma região e que em viagem a outro local necessitaram entrar em hemodiálise e agora desejam retornar ao domicílio de origem, devem solicitar o pedido de diálise junto à unidade a qual está vinculado, sendo que a família ou o próprio paciente deve solicitar a inserção do pedido através da Unidade Básica de Saúde que atende a região em que supostamente reside, ficando a cargo dessa a confirmação do endereço.

Art. 7º As solicitações de vagas para pacientes em trânsito não serão realizadas através do SISREG e o contato será diretamente entre as clínicas de TRS, uma vez que não há como configurar fila já que os períodos pretendidos por cada paciente são habitualmente distintos. As vagas para estes pacientes deverão ser disponibilizadas em paralelo, não interferindo no quantitativo de vagas disponibilizadas na agenda do SISREG, que se refere apenas às vagas de hemodiálise ambulatorial de caráter definitivo.

§ 1º Pacientes já em hemodiálise crônica poderão solicitar hemodiálise quando em trânsito pela região por período não superior a 30 dias corridos.

§ 2º São elegíveis para esta modalidade os pacientes com quadro clínico estável e acesso vascular definitivo (pacientes com acesso provisório não são elegíveis para a modalidade de trânsito, dados os riscos demasiados de mau funcionamento ou infecção no destino que comprometam seu retorno à unidade de origem).

§ 3º O estabelecimento de saúde de origem deverá comunicar diretamente ao estabelecimento de saúde de destino as informações sobre o tratamento do paciente solicitante através de relatório conforme Art. 72, inciso V da Portaria nº 1675, de 7 junho de 2018.

Art. 8º A CERA intermediará os pedidos de transferência entre os centros de diálise apenas nos casos em que o paciente estiver de acordo, solicitar e assinar o termo de transferência. Caso o prestador deseje por qualquer motivo a transferência do paciente, deve ser tentada a permuta de pacientes entre os centros e, nesse caso, o contato poderá ser feito diretamente entre os mesmos, devendo obrigatoriamente a regulação ser informada apenas na efetivação da troca e transferência das APACs. Situações específicas de cada centro podem ser trazidas à CERA e embora não sejam o foco de atuação desta, uma vez que o paciente já tem vaga, serão avaliadas caso a caso e poderemos eventualmente auxiliar na transferência.

Art. 9º No caso de necessidade de mudança de método dialítico (de hemodiálise para diálise peritoneal ou de diálise peritoneal para hemodiálise), a solicitação para o método pretendido deverá da mesma forma ser inserida no SISREG pela unidade prestadora entrando na classificação de risco amarelo (eletivo) no caso do paciente ambulatorial. Caso exista urgência na migração de método por falência, o fluxo é o mesmo que nas urgências dialíticas.

Art. 10º A CERA será a gestora dos serviços de hemodiálise e realizará o gerenciamento das vagas através do sistema SISREG, 100% regulado.

§ 1º Os serviços de hemodiálise deverão enviar à CERA, quinzenalmente, a atualização de vagas disponível para a Regulação Ambulatorial e um relatório de acompanhamento dos atendimentos, informando óbitos, transferências, transplantes ou saída de hemodiálise por qualquer motivo do paciente. As unidades prestadoras que estiverem com essa documentação pendente ficam sujeitas à suspensão temporária das análises das APACs para autorização.

§ 2º As vagas dos pacientes que transplantarem, mudarem de método dialítico ou sofrerem internação prolongada permanecerão reservadas no centro de origem para retorno pelo período máximo de 30 dias corridos, após o que deverá ser feita nova solicitação de vaga através do SISREG.

§ 3º Ocorrendo a liberação de vaga por algum dos motivos acima, os serviços deverão comunicar imediatamente à Central Estadual de Regulação Ambulatorial, para gerenciamento desta vaga. As unidades prestadoras que estiverem com essa comunicação pendente ficam sujeitas à suspensão temporária das análises das APACs para autorização.

§ 4º As recusas de pacientes no momento da solicitação da vaga ou após a consulta de avaliação para início de hemodiálise/CAPD pelos prestadores somente serão aceitas com justificativa clínica fundamentada e adequadamente documentada pelo médico responsável, com relatório enviado à regulação na mesma data da recusa.

§ 5º A indisponibilidade de acesso vascular definitivo (independente da modalidade pretendida) bem como a vigência de sorologia positiva para HCV ou HIV não justificam recusa do paciente por qualquer centro prestador de Diálise. Os pacientes com HBsAg positivo serão encaminhados apenas às vagas de isolamento HBsAg positivo.

§ 6º Os acessos vasculares provisórios e sua manutenção, bem como a confecção de fístula arterio-venosa para hemodiálise e sua manutenção são de responsabilidade do centro prestador de hemodiálise ao qual está vinculado o paciente ou ao qual ele será vinculado após a Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica – Adulto/Infantil, nos casos dos pacientes DRC estágios 4 e 5 ou após a Consulta para Avaliação de Hemodiálise.

§ 7º A APAC só poderá ser autorizada mediante o acesso do usuário no sistema da Central Estadual de Regulação Ambulatorial via autorização SISREG em Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica Adulto, Consulta para Avaliação de Hemodiálise ou Consulta em Triagem – CAPD conforme referência municipal, exceto as vagas disponibilizadas para modalidade trânsito.

§ 8º No caso de indisponibilidade de vaga para pronto atendimento de todas as solicitações, as vagas existentes e que vierem a surgir serão disponibilizadas por ordem cronológica e conforme a categoria estabelecida no protocolo de acesso: primeiro os pacientes internados em condições de alta hospitalar, seguidos dos

ambulatoriais e mudança de método dialítico e por último as solicitações de transferência e mudança de domicílio.

§ 9º A CERA dará prioridade para agendar a Consulta para Avaliação de Hemodiálise ou Consulta em Triagem – CAPD no mesmo prestador que realizou a avaliação e/ou acompanhamento do paciente através de Teleconsultoria e/ou Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica – Adulto. Em caso de indisponibilidade de vaga no prestador, o paciente poderá ser encaminhado para consulta de avaliação de diálise em outro prestador, devendo o prestador inicial, que inseriu a solicitação no SISREG, ficar responsável por avisar o paciente do referido agendamento via SISREG.

§ 10º Para autorização das APACs o Hospital/GERSA deve inserir no SGPE:

- 1 – O laudo de solicitação/autorização de APAC, com todos os campos preenchidos, sendo que a solicitação de APAC deve ser PRÉVIA ao tratamento do paciente;
- 2 – Os documentos do paciente: identificação com foto, CPF, CNS (Cartão Nacional de Saúde) e comprovante de residência;
- 3 – Cópias dos laudos dos exames que comprovem o diagnóstico, sempre no início do tratamento e quando houver mudança de protocolo: ureia e creatinina, ureia pré e pós diálise de paciente já em programa de diálise há mais de um mês e sorologia positiva para HIV e/ou hepatite B e/ou hepatite C para o código de procedimento 030501011-5;
- 4 – Comprovante, por meio de sistema de regulação, da 1ª consulta regulada em Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica Adulto, Consulta para Avaliação de Hemodiálise ou Consulta em Triagem – CAPD.

Art. 11º Só serão aceitas solicitações de vagas pela CERA mediante o encaminhamento com os dados clínicos e exames complementares, o nome e CRM do médico nefrologista responsável pela solicitação, dados obrigatórios, conforme protocolo de acesso para Consulta em Nefrologia Geral – Doença Renal Crônica, especialmente informações sobre sorologias e clearance calculado de creatinina.

Art. 12º Fica instituído o Estado de Santa Catarina o formulário, em anexo, “Formulário de dados de pacientes com indicação de Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise (Anexo 1), que deverá ser levado na consulta em Nefrologia Geral Doença Renal Crônica, juntamente com os exames obrigatórios originais.

Art. 13º Aprova o Fluxograma Doença Renal Crônica (Anexo 2)

Art. 14º Ficam revogadas as seguintes Deliberações e os respectivos Protocolos de Acesso:

- I. O Protocolo de Terapia Renal Substitutiva (TRS) - Deliberação nº 252/CIB/19 e o Protocolo de Consulta Nefrologia Adulto – Lote I da Deliberação nº 230/CIB/16;
- II. A Deliberação nº 293/CIB/18 – Acesso ambulatorial ao serviço de confecção de fistula arteriovenosa para hemodiálise.

III. A Deliberação 205/CIB/16 – fluxo de acesso e gerenciamento de vagas do serviço de Hemodiálise e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua no Estado de Santa Catarina.

Art. 15º Esta Deliberação entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, 25 de agosto de 2022

DAISSON JOSE
TREVISOL:824
38366915

Assinado de forma digital
por DAISSON JOSE
TREVISOL:82438366915
Dados: 2022.09.01
17:43:08 -03'00'

ALDO BAPTISTA NETO
Secretário de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

DAISSON TREVISOL
Presidente do COSEMS
Coordenador CIB/COSEMS

ANEXO V - DELIBERAÇÃO 136/CIB/2020

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 136/CIB/2020 - RETIFICADA EM 07/12/23

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 243ª reunião ordinária de 19 de novembro de 2020, aprova e a 277ª Reunião da CIB de 07 de dezembro de 2023, RETIFICA o Manual do de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio - TFD no Estado, devido à necessidade de exclusão da opção de não correntista no item que trata das Despesas Interestaduais, dentre outros ajustes.

Considerando Portaria MS nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde;

Considerando o Artigo 5º e § 1º desta Portaria que define que cada Secretaria de Estado da Saúde deve normatizar o Manual de TFD de acordo com sua realidade;

Considerando a Portaria MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001 que institui a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;

Considerando a Portaria MS nº 1.559 de 1º de agosto de 2003 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde;

Considerando Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 que dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências;

Considerando a Portaria MS nº 2.848 de 06 de novembro de 2007 que publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde;

Considerando Portaria SES nº 808 de 31 de julho de 2009 que normatiza a utilização e preenchimento dos formulários do SUS;

Considerando Resolução nº 01 de 29 de setembro de 2011 que estabelece diretrizes gerais para instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

Considerando a necessidade de traçar diretrizes para os gestores municipais e estadual administrarem o programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) através de uma política única focada na humanização e na garantia de acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de atuação em conformidade com as diretrizes atuais da Rede de Assistência à Saúde do Estado de Santa Catarina;

Considerando a necessidade de constante revisão do Manual do TFD de acordo com as diretrizes e ferramentas operacionais vigentes;

APROVA

Art. 1º O novo Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio - TFD no Estado de Santa Catarina e os respectivos formulários, revisados em novembro de 2023. (MANUAL E FORMULÁRIOS EM ANEXO).

Art. 2º A Gerência de Regulação Ambulatorial (GERAM/SUR), por meio do serviço de TFD Estadual, encaminhará cópia do novo Manual de Normatização do TFD ao Departamento de Assistência e Serviços de Saúde - SAS/MS.

Art. 3º O serviço de TFD Estadual promoverá videoconferências para as Regionais de Saúde, objetivando elucidar dúvidas e encaminhará aos Municípios o novo Manual.

Art. 4º As questões relacionadas ao Transporte Interestadual para Município de origem, sem processo de TFD, serão tratadas em Deliberação específica.

Art. 5º Ficam revogadas a Deliberação nº 441/CIB/2013 e a Deliberação nº 30/CIB/2017.

Art. 6º Esta Deliberação entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, 07 de dezembro de 2023.

SINARA REGINA
LANDT
SIMIONI:03059883955

Assinado de forma digital
por SINARA REGINA LANDT
SIMIONI:03059883955
Dados: 2023.12.11 17:46:12
-03'00'

CARMEN EMÍLIA BONFÁ ZANOTTO
Coordenadora CIB/SES
Secretária de Estado da Saúde

SINARA REGINA LANDT SIMIONI
Coordenador CIB/COSEMS
Presidente do COSEMS

ANEXO VI - PROJETO DE APRIMORAMENTO DO PROCESSO DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR

PROJETO DE APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR EM SANTA CATARINA

1. Introdução

O transplante de córnea constitui um procedimento essencial para a restauração e melhoria da acuidade visual de indivíduos acometidos por diversas patologias oftalmológicas, tais como ceratocone avançado, opacidades corneanas, distrofias e outras condições que impactam significativamente a qualidade de vida.

Apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas e na organização dos serviços de transplantes, ainda persiste um expressivo contingente de pacientes em lista de espera, muitas vezes por períodos prolongados. Essa realidade compromete não apenas a saúde ocular, mas também aspectos psicossociais, funcionais e econômicos dos indivíduos afetados.

No Brasil, em 2025, 32.639 pacientes aguardavam por um transplante de córnea, evidenciando que, embora exista capacidade técnica instalada, o principal desafio reside na ampliação, qualificação e regularidade da oferta de tecido ocular. Esse cenário está diretamente relacionado à necessidade de aprimoramento dos processos de identificação, validação e captação de doadores no sistema de saúde.

O estado de Santa Catarina já alcançou, no passado, a condição de “fila zero” para transplante de córnea, demonstrando a viabilidade de um sistema eficiente, organizado e integrado. Entretanto, o impacto da pandemia da COVID-19 alterou drasticamente esta perspectiva. Adicionalmente, alterações nos critérios de doação e fragilidades operacionais no processo, contribuíram para a redução da oferta de tecido ocular, resultando no aumento da fila de espera.

Diante desse contexto, torna-se imprescindível a reestruturação e o fortalecimento do sistema estadual de doação de tecido ocular. A crescente demanda por transplantes, associada à baixa taxa de doações efetivas e à ineficiência de alguns processos assistenciais e administrativos, exige a implementação de estratégias estruturadas, monitoráveis e sustentáveis.

Este projeto propõe a implantação de um aprimoramento no processo de doação de tecido ocular em Santa Catarina, através de um modelo organizado de intervenção, com foco na melhoria contínua dos processos, na qualificação das equipes e no aumento da efetividade das doações, visando garantir acesso equitativo e oportuno ao transplante de córnea a toda população catarinense.

2. Objetivo Geral

Aprimorar o processo de doação de tecido ocular no estado de Santa Catarina, com foco na redução da fila de espera para transplantes de córnea (fila zero de córnea).

3. Objetivos Específicos

- Ampliar o número de doações efetivas de tecido ocular em Santa Catarina;
- Qualificar e padronizar os processos relacionados à identificação, validação e captação de potenciais doadores;
- Promover capacitação continuada dos profissionais envolvidos no processo de doação de tecido ocular;
- Fortalecer a atuação das Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT) na atividade de doação de tecido ocular
- Intensificar a integração entre hospitais notificantes, Central Estadual de Transplantes e Bancos de Olhos;
- Implantar rotinas sistemáticas de monitoramento, avaliação e auditoria dos óbitos hospitalares;
- Reduzir perdas por contraindicações mal atribuídas, falhas operacionais e não identificação de potenciais doadores;
- Adequar a capacidade instalada de serviços públicos de transplante de tecido ocular;

- Garantir acesso da população catarinense às etapas de pré-transplantes, transplantes e pós transplantes de tecido ocular.
- Promover um regime de eficácia e equidade no acesso ao transplante.

4. Metodologia

O projeto será implementado em hospitais estratégicos de diferentes regiões de Santa Catarina, considerando critérios como potencial gerador de doadores, baseado no coeficiente de mortalidade institucional, capacidade operacional instalada e viabilidade logística para captação e transporte do tecido ocular.

A abordagem metodológica será estruturada em quatro eixos principais: fortalecimento de equipes, capacitação, monitoramento e governança do processo.

4.1 Seleção dos Hospitais

Serão contempladas instituições hospitalares distribuídas por macrorregiões do estado, conforme quadro abaixo:

REGIÃO	HOSPITAIS	Nº DE MEMBROS CHT	ADICIONAL MEMBROS
Nordeste e Planalto Norte	Hospital Municipal São José - Joinville	6	+2
Nordeste e Planalto Norte	Hospital Regional Hans Dieter Schimdt - Joinville	4	+2
Nordeste e Planalto Norte	Associação Hospitalar São José – Jaraguá do Sul	6	+2

Vale do Itajaí	Hospital Santa Isabel - Blumenau	10	+2
Vale do Itajaí	Hospital Santo Antônio - Blumenau	2	+2
Foz do Rio Itajaí	Hospital Regional Ruth Cardoso – Balneário Camboriú	2	+2
Foz do Rio Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Borhausen - Itajaí	10	+2
Grande Florianópolis	CEPON - Florianópolis	2	+2
Grande Florianópolis	Hospital Regional Homero Miranda Gomes – São José	10	+2
Grande Florianópolis	Hospital Governador Celso Ramos - Florianópolis	10	+2
Sul	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão	8	+2
Sul	Hospital São José - Criciúma	10	+2
Extremo Oeste	Hospital Regional do Oeste - Chapecó	10	+2
Meio Oeste	Hospital Tereza Ramos - Lages	2	+2

4.2 Fortalecimento de Recursos Humanos

Será realizado o incremento de dois profissionais nas comissões hospitalares de transplantes das instituições participantes, com o objetivo de

fortalecer as atividades relacionadas à busca ativa¹, validação, entrevista familiar e articulação logística do processo de doação de tecido ocular.

4.3 Capacitação Profissional

Será implementado um programa estruturado de capacitação continuada, contemplando todas as etapas do processo de doação de tecido ocular, incluindo:

- Identificação do potencial doador;
- Avaliação clínica e contraindicações;
- Aspectos éticos e legais;
- Comunicação em situações críticas e entrevista familiar
- Técnica de enucleação e acondicionamento do tecido;
- Fluxos logísticos e operacionais.

As capacitações poderão ocorrer de forma presencial e/ou remota.

4.4 Monitoramento e Avaliação

Os hospitais participantes deverão encaminhar mensalmente à Central Estadual de Transplantes o **Controle Mensal de Potenciais Doadores de Tecido Ocular (Anexo I)**, devidamente preenchido, contendo:

- Número de óbitos hospitalares;
- Número de potenciais doadores identificados;
- Número de entrevistas familiares realizadas;
- Número de autorizações;
- Número de não autorização familiares;
- Número de doações efetivadas;
- Motivos de não efetivação.

¹ A busca ativa consiste na procura dos pacientes que evoluem para óbito dentro das instituições hospitalares, serviços de verificação de óbito, instituto médico legal.

A análise sistemática desses dados permitirá a identificação de fragilidades, definição de planos de ação e acompanhamento de indicadores de desempenho.

Adicionalmente, poderão ser realizadas auditorias periódicas dos óbitos hospitalares, com o objetivo de identificar subnotificação, falhas no processo e oportunidades de melhoria.

5. Governança e Gestão do Projeto

A coordenação do projeto será realizada pela Central Estadual de Transplantes, com apoio da Organização de Procura de Órgãos, Bancos de Tecido Ocular e das Comissões Hospitalares de Transplantes.

Serão realizadas reuniões periódicas de acompanhamento, com análise de indicadores, devolutivas institucionais e pactuação de metas, garantindo a transparência e a melhoria contínua do processo.

6. Resultados Esperados

- Redução significativa do tempo médio de espera por transplante de córnea;
- Alcançar um aumento mínimo de 15% no número de doações efetivas de tecido ocular em relação ao total de óbitos hospitalares, considerando 20% como desempenho intermediário e 30% como resultado de excelência;
- Aumento da taxa de identificação de potenciais doadores;
- Redução de perdas por falhas no processo;
- Capacitação de pelo menos 100% dos profissionais envolvidos;
- Fortalecimento das CHT como protagonistas do processo;
- Alcance progressivo do status de “**Lista Zero**” para transplante de córnea no estado.

7. Cronograma

Período	Fase	Atividades
Abril a Maio de 2026	Planejamento e Estruturação	Planejamento estratégico do projeto; pactuação com os hospitais participantes; definição e seleção das equipes envolvidas.
Maio a Junho de 2026	Capacitação e Implantação Inicial	Realização da capacitação inicial das equipes; início da implantação das ações previstas.
Junho a Dezembro de 2026	Execução e Monitoramento	Execução do projeto; acompanhamento sistemático das ações; monitoramento mensal dos indicadores de desempenho.
Dezembro de 2026 a Janeiro de 2027	Avaliação e Ajustes	Avaliação dos resultados alcançados; análise crítica dos dados; definição de ajustes estratégicos para continuidade e aprimoramento do projeto.
Abril de 2027	Marco Estratégico	Alcance da meta de fila zero para transplante de córnea em Santa Catarina.

8. Referências

ARAUJO, A. A.; SOUZA, L. B. **Transplante de córnea: indicações, técnicas e resultados**. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 245–252, 2019.

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes – RBT 2025**. São Paulo: ABTO, 2025. Disponível em: <https://site.abto.org.br>. Acesso em: 28 abr. 2026.