

Processo de doação de órgãos e tecidos:



Recomendações técnicas para
profissionais das Comissões
Intra-Hospitalares de Doação
de Órgãos e Tecidos para
Transplante - CIHDOTT



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



EQUIPE ORGANIZADORA



AUTORA

Anna Yáskara Cavalcante Carvalho de Araújo
Enfermeira da Central Estadual de Transplantes do Ceará.
Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO NA SAÚDE – CMEPES - UECE

Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto
Prof. Dra. Cleide Carneiro – Coordenadora do CMEPES
Prof. Dr. Heraldo Simões Ferreira – Vice coordenador do CMEPES

COLABORAÇÃO

Eliana Régia Barbosa de Almeida
Coordenadora da Central Estadual de Transplantes do Ceará

Aline Alves Braga Solón
Coordenadora da CIHDOTT do Instituto Dr. José Frota

Márcia Maria Vitorino Sampaio Passos
Coordenadora da CIHDOTT do Hospital Geral de Fortaleza

EDITORACÃO

Sávio Sullivan Gama Rodrigues
@sullivan.gama

SETEMBRO, 2021

APRESENTAÇÃO



Este guia é produto técnico de uma pesquisa de mestrado desenvolvida pela autora. Sua concepção levou em consideração as entrevistas realizadas com enfermeiros da CIHDOTT de um hospital terciário da cidade de Fortaleza-Ceará, as quais ressaltaram a importância do embasamento legal e científico acerca do processo doação-transplante para uma adequada atuação profissional nesta área. Desse modo, serão apresentados aspectos legais, recomendações técnicas, além de formulários, fluxos e rotinas instituídas pela Central Estadual de Transplantes (CET) do Ceará, direcionadas aos enfermeiros e demais profissionais que atuam nas CIHDOTT. Considerando que as Organizações de Procura de Órgãos (OPO) poderão exercer as competências da CIHDOTT no estabelecimento de saúde onde eventualmente estiverem sediadas, o guia também se direciona aos profissionais da OPO.

As recomendações estão embasadas pela legislação vigente, orientações do Ministério da Saúde, resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), manuais técnicos e diretrizes atualizadas. Também foram incluídas informações relacionadas aos fluxos instituídos após a Pandemia da COVID-19. Por tratar-se de uma área em constante atualização, ressalta-se que essas orientações poderão vir a ser complementadas com novas informações, documentos e notas técnicas atualizadas pelos órgãos competentes. Além de instrumentalizar a ação dos profissionais da rede especializada de procura de órgãos e tecidos, espera-se que este material possa se configurar em fonte de pesquisa para estudantes e profissionais da área de saúde interessados em conhecer o processo de doação-transplante.

SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CET	Central Estadual de Transplantes
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplante
CIOPS	Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Corona Virus Disease
EEG	Eletroencefalograma
HLA	Human leucocyte antigen
HEMOCE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
HSA	Hemorragia subaracnóidea
ME	Morte Encefálica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PD	Potencial doador
PEFOCE	Perícia Forense do Estado do Ceará
RCP	Reanimação cardiopulmonar
RT-PCR	Reverse transcription polymerase chain reaction
SUS	Sistema Único de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

DOAÇÃO E TRANSPLANTES: informações gerais

06

- 1.1 O que é transplante?
- 1.2 Como o Brasil desenvolve sua política de transplante?
- 1.3 Tipos de doador
- 1.4 Nomenclatura utilizada no processo doação-transplante

2. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

12

3. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE PROCURA DE ÓRGÃOS

14

- 3.1 Sistema Nacional de Transplantes
- 3.2 Modelo de procura de órgãos no Brasil
- 3.3 CIHDOTT
- 3.4 Organização da rede de transplantes no Ceará

4. PARTICIPAÇÃO DA CIHDOTT NAS ETAPAS DO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE

19

- 4.1 Detecção da suspeita da morte encefálica
- 4.2 Diagnóstico da morte encefálica
- 4.3 Notificação da morte encefálica à CET-ceará
- 4.4 Manutenção do potencial doador
- 4.5 Avaliação do potencial doador
- 4.6 Entrevista familiar
- 4.7 Organização do procedimento de remoção de órgãos e tecidos

5. REGISTROS E EDUCAÇÃO PERMANENTE

73

REFERÊNCIAS

79



1. DOAÇÃO E TRANSPLANTES:

Informações Gerais

1.1 O QUE É TRANSPLANTE?

O transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão ou tecido normal de um doador. Em muitos casos, é a última alternativa terapêutica para pacientes portadores de doenças graves, agudas ou crônicas e insuficiências terminais de diferentes órgãos essenciais que não possuem outra forma de tratamento, possibilitando a reversão e maior qualidade de vida aos receptores.



1.2 COMO O BRASIL DESENVOLVE SUA POLÍTICA DE TRANSPLANTE?

O Brasil é referência mundial na área de transplantes e possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Atualmente, cerca de 96% dos procedimentos de todo o País são financiados pelo SUS. Em números absolutos, o Brasil é o 2º maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos da América. Os pacientes recebem assistência integral e gratuita pela rede pública de saúde, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante (BRASIL, 2021).



1.3 TIPOS DE DOADOR

Doador Vivo

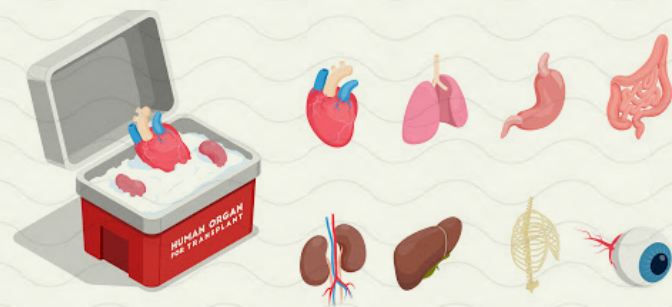
Qualquer pessoa capaz, nos termos da lei civil, poderá dispor de órgãos, tecidos, células e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou enxerto em receptores cônjuges, companheiros ou parentes até o quarto grau, na linha reta ou colateral, quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos, células e partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e de sua saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável.



DOADOR FALECIDO EM MORTE ENCEFÁLICA

Pacientes vítimas de catástrofes cerebrais, tais como TCE, AVC, tumores cerebrais, encefalopatia anóxica e infecções do SNC, que tenham evoluído para a Morte Encefálica, confirmada com base nos critérios neurológicos definidos em resolução específica do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Nesta situação, podem ser doados órgãos (coração, fígado, pâncreas, pulmão, rim e intestino) e tecidos (ossos, córneas, pele e outros).



DOADOR FALECIDO EM MORTE CIRCULATÓRIA

Indivíduos em MORTE CIRCULATÓRIA poderão ser doadores de tecidos, como córneas e outros. No Brasil, ainda não se utilizam doadores em morte circulatória para a obtenção de órgãos.

No caso das CÓRNEAS, a retirada pode acontecer até 6h após a PCR, se o corpo do doador não for mantido sob refrigeração e até 12h após a PCR se o corpo do doador for refrigerado dentro de 6h após a parada.

RDC ANVISA Nº55/2015

1.4 NOMENCLATURA UTILIZADA NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE

MORTE ENCEFÁLICA

A perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico, caracteriza a MORTE ENCEFÁLICA e, portanto, a morte da pessoa.



POSSÍVEL DOADOR	Paciente que apresenta lesão encefálica grave, com necessidade de ventilação mecânica, em escala de coma Glasgow 3.
POTENCIAL DOADOR	Paciente cuja condição clínica é suspeita de preencher os critérios de morte encefálica, ou seja, um paciente é considerado potencial doador a partir do momento que se inicia (abre) o protocolo de morte encefálica.
ELEGÍVEL PARA DOAÇÃO	Paciente em que o diagnóstico de morte encefálica foi confirmado e não há contraindicação conhecida à doação.
DOADOR EFETIVO	Quando se inicia a cirurgia para a remoção de órgãos.
DOADOR EFETIVO COM ÓRGÃOS TRANSPLANTADOS	Quando pelo menos um dos órgãos removidos é transplantado.

Parâmetros de excelência de acordo com a ABTO*

Taxa de Potenciais Doadores	>100 por milhão da população
Taxa de Doadores Efetivos	> 40 por milhão da população
Taxa de Efetivação da Doação	>50%
Taxa de Autorização Familiar	>70%

*Fonte: ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XXV. Nº4. 2019.



2. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

LEI Nº9.434, de 04 de fevereiro de 1997:

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências

[Confira no site](#)

RESOLUÇÃO CFM Nº2.173, de 23 de novembro de 2017:

Define os critérios do diagnóstico da morte encefálica.

[Confira no site](#)

LEI Nº10.211, de 23 de março de 2001:

Altera dispositivos da Lei Nº9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

[Confira no site](#)

RESOLUÇÃO CFM Nº1.826, de 06 de dezembro de 2007:

Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.

[Confira no site](#)

DECRETO Nº9.175, de 18 de outubro de 2017:
Regulamenta a Lei Nº9.434 de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

[Confira no site](#)

RESOLUÇÃO COFEN Nº611, de 30 de julho de 2019: Atualiza a normatização referente à atuação da Equipe de Enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, e dá outras providências.

[Confira no site](#)

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº4, de 28 de setembro de 2017: Consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde

[Confira no site](#)

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA Nº55 de 11 de dezembro de 2015: Dispõe sobre as boas práticas em tecidos humanos para uso terapêutico.

[Confira no site](#)

ATENÇÃO!! Atualmente encontra-se tramitando consulta pública para alterações na RDC Nº55.



3. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE PROCURA DE ÓRGÃOS

3.1 SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

INTEGRAM O SNT:

I- o Ministério da Saúde

II- as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal

III- as Secretarias de Saúde dos municípios

IV- as Centrais Estaduais de Transplante – CET

V- a Central Nacional de Transplantes - CNT

VI- as estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes.

VII- as estruturas especializadas no processamento para preservação ex situ de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes

VIII- os estabelecimentos de saúde transplantadores e as equipes especializadas

IX- a rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes

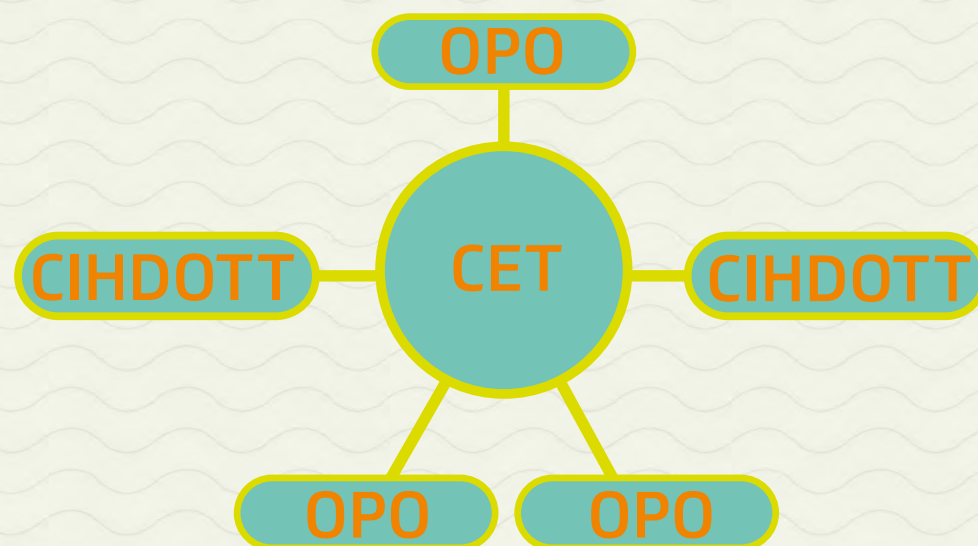
→ OPO e CIHDOTT

3.2 MODELO DE PROCURA DE ÓRGÃOS NO BRASIL

A rede de procura e doação de órgãos no Brasil está estruturada com base em um modelo MISTO, com OPO e CIHDOTT.

Organização extra-hospitalar, baseada em um modelo de procura norte-americano. Tem seus limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais, atuando de forma regionalizada para a detecção e demais procedimentos de viabilização de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante.

Oriundo da Espanha, consiste em um modelo de coordenação hospitalar de transplante, sendo integrado por médicos, enfermeiros e profissionais das unidades hospitalares.



3.3 CIHDOTT

A CIHDOTT faz parte das estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes. No âmbito do estabelecimento de saúde, deve organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos.

A criação das CIHDOTT será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

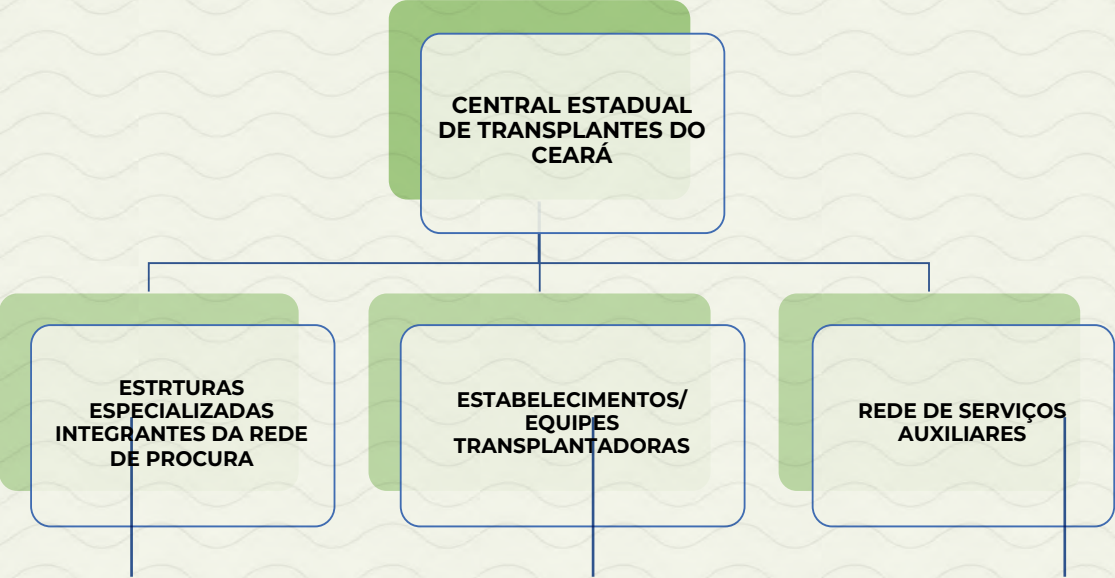
I - CIHDOTT I:
Estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico.

2 - CIHDOTT II:
Estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano.

3 - CIHDOTT III:
Estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

A CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, estando vinculada diretamente à DIRETORIA MÉDICA da instituição, sendo composta, por no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um que deverá ser médico ou enfermeiro, será o coordenador intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. O coordenador da CIHDOTT classificada como III deverá ser obrigatoriamente um profissional médico.

3.4 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE TRANSPLANTES NO CEARÁ



NÚMERO DE OPO E CIHDOTT	
OPO	04
CIHDOTT	20

NÚMERO DE EQUIPES TRANSPLANTADORAS	
FÍGADO	04
RIM	07
RIM/PÂNCREAS	02
PÂNCREAS ISOLADO	02
CORAÇÃO	01
PULMÃO	01
CÓRNEA	16

BANCO DE TECIDOS / LABORATÓRIOS	
BANCO DE TECIDOS (CÓRNEAS)	03
LABORATÓRIO PARA TESTES SOROLÓGICOS	01
LABORATÓRIO PARA TESTES IMUNOLÓGICOS	02



4. PARTICIPAÇÃO DA CIHDOTT NAS ETAPAS DO PROCESSO DE DOAÇÃO



4.1 DETECÇÃO DA SUSPEITA DA MORTE ENCEFÁLICA

Cabe à CIHDOTT, articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das UTI e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores.

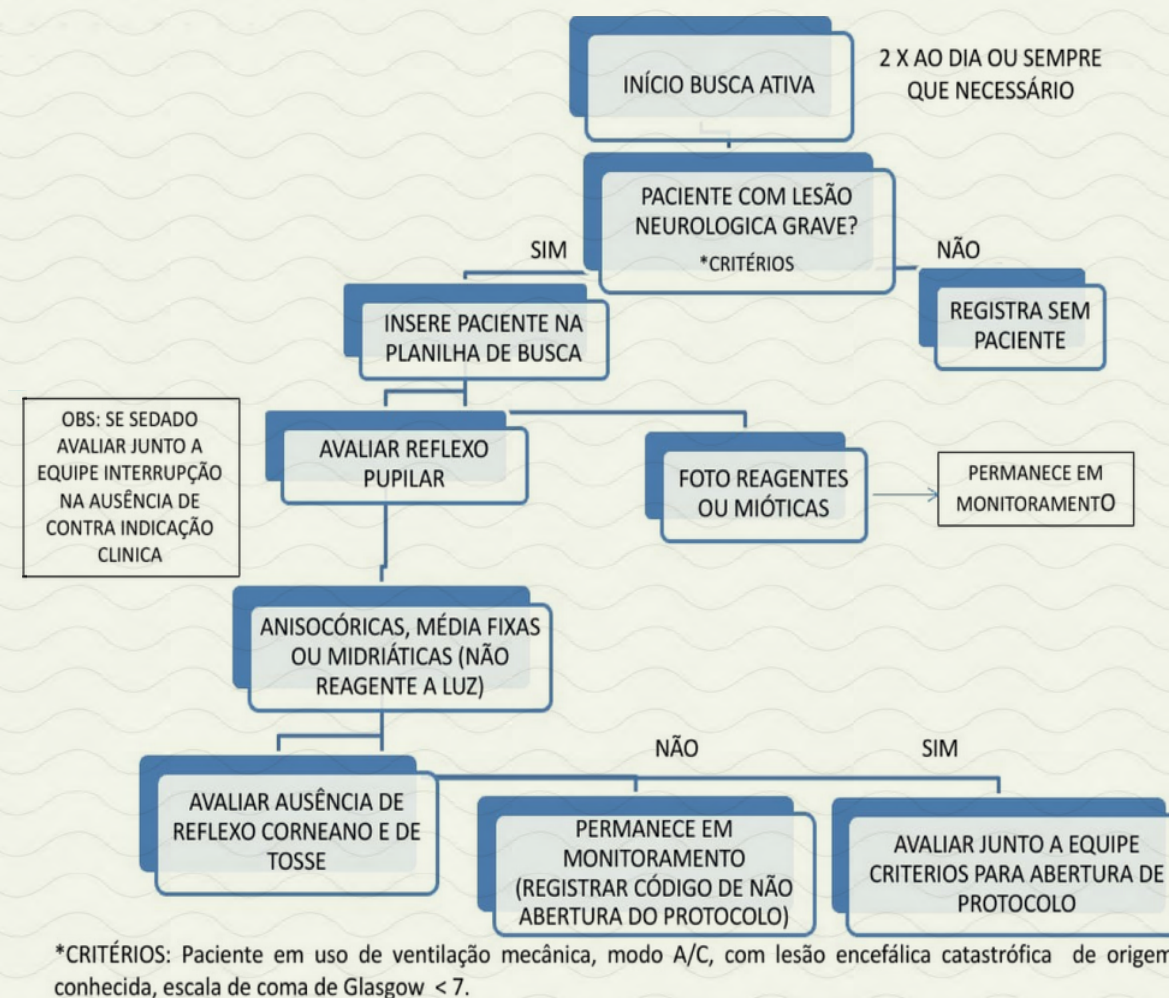
PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº4/2017

BUSCA ATIVA

A visita para identificar possíveis doadores deve ser realizada sistematicamente nas unidades onde se encontrem pacientes críticos, em todos os setores que possuem ventilador mecânico, devendo ser dirigida à identificação de pacientes em morte encefálica e de possíveis doadores com lesão catastrófica irreversível, escala de Coma de Glasgow 3 e ausência de 1 ou mais reflexos de tronco (WHESTPHAL et al, 2016).

Sugere-se que a CIHDOTT realize a visita no mínimo duas vezes ao dia e com maior frequência caso haja um possível doador.

FLUXOGRAMA DE BUSCA ATIVA



*Elaborado pela equipe da CIHDOTT do Instituto Dr. José Frota.

MODELO DE PLANILHA DE BUSCA ATIVA

[illegible]

LEGENDAS:

PUPILA			CÓDIGO DE CAUSAS DE NÃO ABERTURA DO PROTOCOLO DE ME
I- Isocórica			1 – Paciente evoluiu para melhora
A- Anisocórica			2 – Instabilidade hemodinâmica para abrir protocolo
MO- Miótica			3- Paciente evoluiu para PCR antes dos critérios de ME
MD - Midríase			4- Não retirada sedação
Reação à Luz	(-): Negativo	(+): Positivo	5- Impossibilidade de estabelecer a causa do coma
REFLEXOS / CÓDIGO			6- Contraindicação médica
T- Mantém reflexos de tosse			7- Apresentando um ou mais reflexos
D – Drive respiratório			8- Cuidados paliativos, sem critérios de ME
T/D – Mantém reflexo de tosse e drive respiratório			0- Ausência de potenciais doadores
0 – Sem reflexo de tosse e drive respiratório			

4.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

Cabe à CIH DOTT, articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos e viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº4/2017



Os procedimentos para determinação da Morte Encefálica (ME) devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente.

A direção técnica do hospital onde ocorrerá a determinação de ME deverá indicar os médicos **ESPECIFICAMENTE CAPACITADOS** para realização dos exames clínicos e complementares.

Serão considerados especificamente capacitados médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para determinação em ME. Um dos médicos especificamente capacitados deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. Na indisponibilidade de qualquer um dos especialistas anteriormente citados, o procedimento deverá ser concluído por outro médico especificamente capacitado.

Nenhum desses médicos poderá participar de equipe de remoção e transplante, conforme estabelecido no art. 3º da Lei Nº 9.434/1997 e no Código de Ética Médica.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017

PRÉ-REQUISITOS PARA O INÍCIO DOS PROCEDIMENTOS PARA DETERMINAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA

- a. Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica
- b. Ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica
- c. Tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de 6 horas. Quando a causa primária for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas.
- d. Temperatura corporal (esofagiana, vesical ou retal)* superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65mmHg para adultos.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017

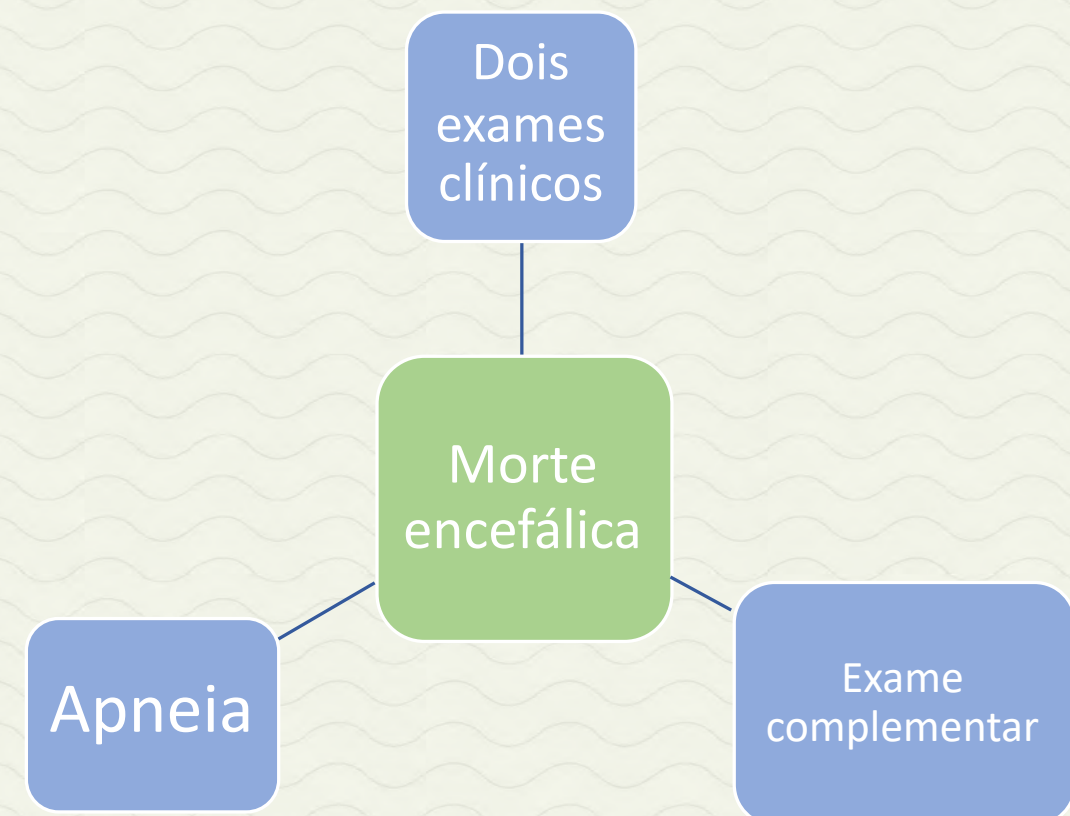
*A TEMPERATURA AXILAR acima de 35°C pode ser considerada para a determinação de ME, lembrando que o termômetro deve estar posicionado no cavo axilar, próximo à artéria axilar, com o braço aduzido próximo à parede do tórax, por tempo adequado. Esta medida pode ser significativamente afetada por temperatura ambiente, fluxo sanguíneo local, suor e posição inadequada. Esta interpretação tem como base a diferença entre a temperatura central e a axilar, com uma variabilidade de 0,3 a 1°C a mais para a aferição da temperatura central.

PARECER CFM Nº3/2019

É OBRIGATÓRIA A REALIZAÇÃO MÍNIMA DOS SEGUINTE PROCEDIMENTOS PARA DETERMINAÇÃO DA ME:

- a) Dois exames clínicos que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico.
- b) Teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios.
- c) Exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017



TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

A CAUSA DO COMA deverá ser descrita conforme lesão identificada em um destes exames relacionados no termo. ATENÇÃO: No caso de parada cardíaca, a causa do coma deverá ser a lesão identificada no exame de imagem, como por exemplo, encefalopatia anóxica ou edema cerebral. A parada cardíaca poderá ser apontada como diagnóstico secundário, mas não como diagnóstico principal.

Todos os campos de IDENTIFICAÇÃO devem ser preenchidos conforme prontuário e documento de identificação, com letra legível e sem rasuras.



HOSPITAL-REGISTRO HOSPITALAR DO PACIENTE

Nome: CNES:
Município: UF: Prontuário:
PACIENTE
Nome: Nascimento:
Mãe: Sexo: () Masculino () Feminino
Identidade: Tipo Nº:
CAUSA DO COMA
Diagnóstico principal: CID:
Diagnóstico secundário: CID:
Confirmação: () TC () RM () Angiografia () DTC () Liquor () EEG Outro:
PRE-REQUISITOS
Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica? () SIM () NÃO
Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica? () SIM () NÃO
Tratamento e observação hospitalar ≥ 6 horas ou ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico - isquêmica? () SIM () NÃO
Temperatura corporal $> 35^{\circ}\text{C}$ + $\text{SaO}_2 > 94\%$ + $\text{PAS} \geq 100\text{mmHg}$ ou PA média $\geq 65\text{mmHg}$ ou pela faixa etária (< 16 anos)? () SIM () NÃO
Ausência de hipotermia? () SIM () NÃO
Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares? () SIM () NÃO

A. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL:

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	
	Sistólica	PAM
Até 5 meses incompletos	60	43
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62
De 7 anos a 15 anos	90	65
16 anos em diante	100	65

B. INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS:

INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS	MÍNIMO
7 dias completos (recém-nato a termo) a 2 meses incompletos	24 horas
De 2 meses a 24 meses incompletos	12 horas
Mais de 24 meses	1 hora

1º EXAME CLÍNICO

PA (mmHg): TEMP ($^{\circ}\text{C}$): DATA: HORA:
Coma não perceptivo? () SIM () NÃO
EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos):
Direito Esquerdo
Pupila fixa e areativa () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT
Ausência de reflexo da tosse () SIM () NÃO

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo:
Obs.: Não testado (NT)

Médico:
CRM: Assinatura Identificada

Todos os PRÉ-REQUISITOS devem ser checados para que o paciente possa ser submetido aos testes. Portanto, todos os campos deverão estar assinalados como "SIM".

Ver tabela das principais drogas depressoras do SNC na página 28

Os DOIS EXAMES CLÍNICOS devem confirmar a presença do coma não perceptivo e a ausência dos reflexos. Todos os campos devem ser assinalados. Na presença de alterações morfológicas ou orgânicas, congênitas ou adquiridas, que impossibilitam a avaliação bilateral os reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico ou vestibulo-calórico, sendo possível exame em um dos lados, e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas, orgânicas, congênitas ou adquiridas, dar-se-á prosseguimento às demais etapas para determinação de ME. A causa dessa impossibilidade deverá ser justificada no termo e fundamentada no prontuário.

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA continuação



PACIENTE

Nome:

2º EXAME CLÍNICO

PA (mmHg): TEMP ($^{\circ}\text{C}$): DATA: HORA:
Coma não perceptivo? () SIM () NÃO
EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos):
Direito Esquerdo
Pupila fixa e areativa () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT
Ausência de reflexo da tosse () SIM () NÃO

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo:

Obs.: Não testado (NT)

Médico:
CRM: Assinatura Identificada

TESTE DE APNÉIA (examinador 1 ou 2)

PA (mmHg): TEMP ($^{\circ}\text{C}$): DATA: HORA:
Inicial Final Inicial Final
PaCO₂: PaO₂:
Ausência de movimentos respiratórios com PaCO₂ $> 55\text{mmHg}$? () SIM () NÃO

Médico:
CRM: Assinatura Identificada

EXAME COMPLEMENTAR

PA (mmHg): TEMP ($^{\circ}\text{C}$): DATA: HORA:
Tipo: () DTC () EEG () Angiografia () Cintilografia Outro:
Ausência de perfusão sanguínea ou de atividade metabólica ou elétrica encefálica? () SIM () NÃO

Médico:
CRM: Assinatura Identificada

O TESTE DE APNÉIA deverá ser realizado uma única vez por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico, devendo comprovar a ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia (PaCO₂ superior a 55mmHg).

Todos os campos devem ser preenchidos: Pressão Arterial, Temperatura, Data, Horário, PaCO₂ e PaO₂ inicial (PRÉ-APNÉIA) e final (PÓS-APNÉIA) e assinatura do médico. O horário a ser considerado deve ser o da Gasometria PÓS-APNÉIA.

A Ausência de movimentos respiratórios com PaCO₂ $> 55\text{mmHg}$ deverá ser obrigatoriamente sinalizada como "SIM".

A Técnica completa para a realização do teste de apnéia, interpretação dos resultados e contra-indicações está disponível na Resolução CFM Nº2.173/2017.

O EXAME COMPLEMENTAR deve comprovar de forma inequívoca uma das condições:

- Ausência de perfusão sanguínea encefálica (Angiografia Cerebral e Doppler Transcraniano) ou
- Ausência de atividade metabólica encefálica (Cintilografia; SPECT Cerebral) ou
- Ausência de atividade elétrica encefálica (Eletroencefalograma).

A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e disponibilidades locais.

O laudo do exame complementar deverá ser elaborado e assinado por médico especialista no método em situações de morte encefálica.

PRINCIPAIS MEDICAMENTOS DEPRESSORES DO SNC E INTERVALO DE TEMPO DE SUSPENSÃO PARA INÍCIO DA DETERMINAÇÃO DA ME.

Medicamento	Meia-vida	Intervalo (se dose única ou intermitente)	Intervalo (se infusão contínua)	Intervalo (insuficiência hepática/renal)
Midazolan	2 horas	6 horas	10 horas	Individualizar
Fentanil	2 horas	6 horas	10 horas	Individualizar
Tionembutal	12 horas	36 horas	60 horas	Individualizar
Halotano	15 minutos	45 minutos	1 hora e 15 min	Individualizar
Isoflurano	10 minutos	30 minutos	50 minutos	Individualizar
Sevoflurano	12 minutos	36 minutos	1 hora	Individualizar
Succinilcolina	10 minutos	30 minutos	50 minutos	Individualizar
Pancurônio	2 horas	6 horas	10 horas	Individualizar
Atracúrio	20 minutos	1 hora	1 hora e 40min	Individualizar
Cisatracúrio	22 minutos	1 hora e 6 min	1 hora e 50 min	Individualizar
Vecurônio	1 hora e 5 min	3 horas e 15 min	5 horas e 25min	Individualizar
Rocurônio	1 hora	3 horas	5 horas	Individualizar
Etomidato	3 horas	9 horas	15 horas	Individualizar
Cetamina	2 horas e 30 min	7 horas e 30 min	12 horas e 30 min	Individualizar
Propofol	2 horas	6 horas	10 horas	Individualizar

FONTE: WHESTPHAL et al, 2016

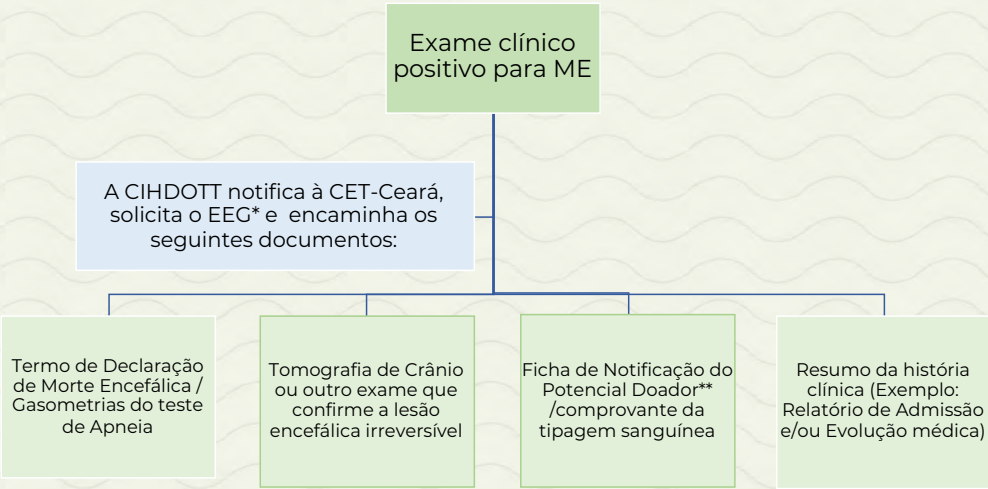
4.3 NOTIFICAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA À CET-CEARÁ

É obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde informar à CET os diagnósticos de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

LEI Nº9.434/1997

Cabe à CIHDOTT, notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº4/2017



* ELETROENCEFALOGRAMA (EEG): A CET-CEARÁ disponibiliza a realização do EEG nas unidades de saúde de Fortaleza e de outros municípios que não tiverem exames disponíveis. A OPO Sobral dispõe de aparelho de EEG para a realização deste exame na região. Na região de abrangência da OPO Cariri, o exame complementar é realizado conforme a disponibilidade dos hospitais da área.

**A FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR padronizada pela CET-Ceará é dividida em 15 tópicos. Na abertura do protocolo, a CIHDOTT deverá encaminhar a ficha com a identificação, peso, altura, tipagem sanguínea, informações clínicas e exames, recomendando-se sua atualização a cada turno. A Ficha de Notificação do Potencial Doador encontra-se ilustrada no item 4.5-Avaliação do potencial doador.

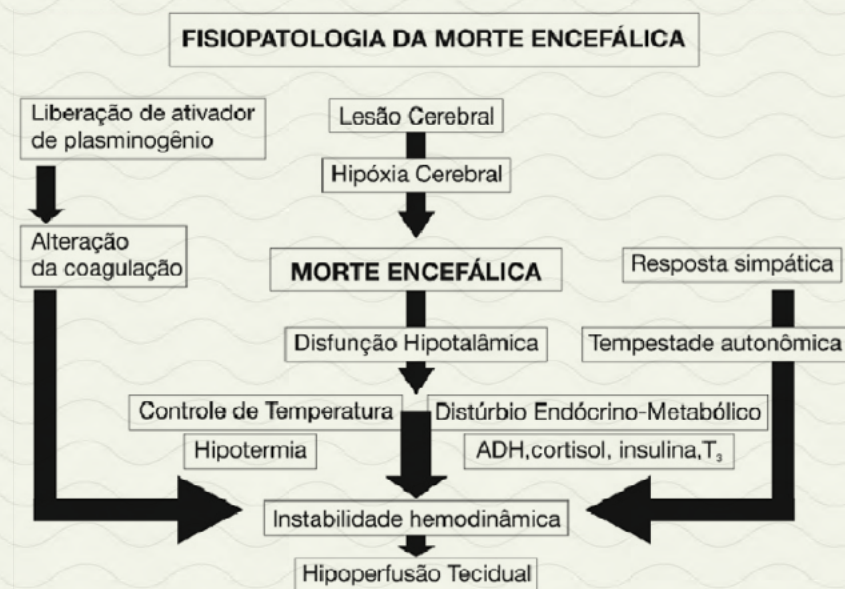
4.4 MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR

A MANUTENÇÃO do potencial doador deve ser realizada durante todo o processo, desde a identificação do potencial doador até o ingresso no centro cirúrgico. A ME implica na imediata e progressiva deterioração de todas as funções orgânicas. A parada cardíaca por impossibilidade de manter os parâmetros hemodinâmicos, ocorre geralmente em 24/72 horas.

GARCIA; GARCIA; PEREIRA (ORG), 2017

Cabe à CIHDOTT, articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das UTI e Urgência e Emergência, no sentido de estimular o adequado suporte dos potenciais doadores para fins de doação.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº4/2017



Preconiza-se o monitoramento cardíaco contínuo, da saturação de oxigênio, da pressão arterial, da pressão venosa central, do equilíbrio hidroeletrólítico, do equilíbrio ácido-básico, do débito urinário e da temperatura corporal.

Em relação às CÔRNEAS, recomenda-se manter as pálpebras fechadas, limpas e umedecidas com solução isotônica.

CHECK-LIST DE MEDIDAS CLÍNICAS PROJETO DONORS

MEDIDAS CLÍNICAS DE MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

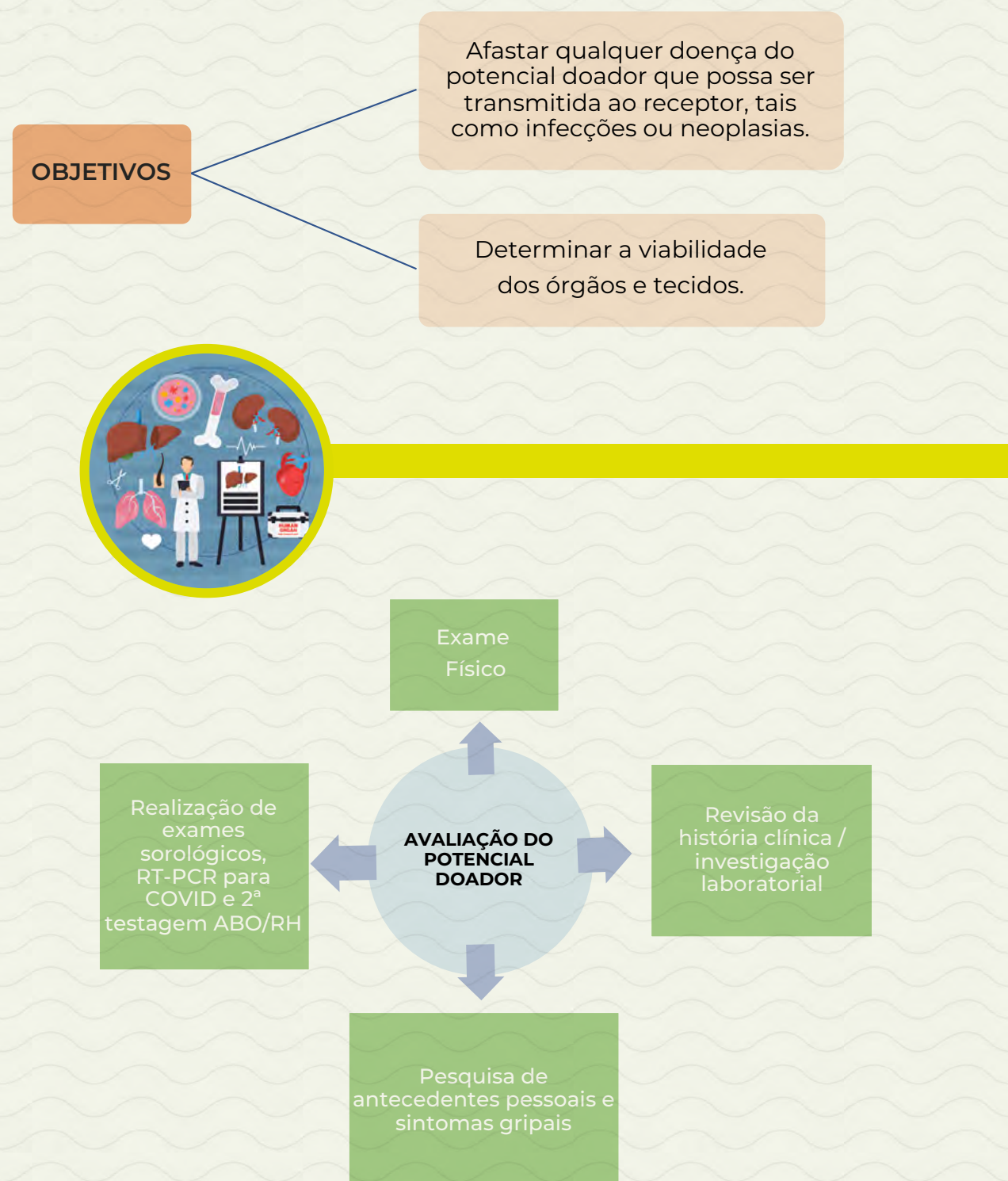
IDENTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR EM MORTE ENCEFÁLICA (ME)				
NOME:	LEITO:			
PRONTUÁRIO:	SETOR:	DATA DE NASCIMENTO:	/	/
OBJETIVO:	Hemodinâmica	Ventilatória	Temperatura	Eletrólitos e Hb
Atingir as metas	PAM > 65 mmHg PVC: 6-8 mmHg Diurese entre 1-4 ml/kg/h FE > 45%	Ph: 7,35 – 7,45 pO2 > 90 mmHg pCO2 35 – 45 mmHg SaO2 > 90%	>35	Na+: < 155 K+: 3,5 – 4,5 Hb > 7,0
PRESCRIÇÃO				Ação Realizada
				SIM NÃO SIM, após reavaliar
Volume corrente: 6 a 8 ml/Kg de peso predito ideal (Máximo 8 ml/Kg para todos os pacientes).				
PEEP: 8 a 10 cm H2O ou PEEP conforme SaO2 em casos de SARA.				
Se PAM < 65/ PAS < 90 mm Hg ou diurese < 1 ml/Kg/h: usar CRISTALOIDE a 20 ml/Kg, em 30 minutos, aquecido a 43°C.				
Se PAM < 65 ou PAS < 90 mm Hg apesar dos 20 ml/Kg do item 3: Iniciar NORADRENALINA OU DOPAMINA contínua e associar VASOPRESSINA : Bolus de 1 UI IV + 0,5-2,4 UI/h em BI.				
HIDROCORTISONA 100 mg IV de 8/8 horas após 1º teste clínico.				
Se diurese > 4 ml/Kg/h: a. COM nora ou dopa: • Tratar com VASOPRESSINA, se refratário, associar DDAVP. b. SEM nora ou dopa e PAM ≥ 65 mm Hg: • Tratar com DDAVP 1-2 ug IV de 4/4 até diurese <4 mlkg/h.				
Instalar Cateter Arterial para medida de PAM invasiva.				
Instalar, preferencialmente, TERMÔMETRO CENTRAL.				
PREVINIR hipotermia se temp > 35° C: ☐ Aquecer ar ambiente ☐ Fluidos IV a 43° C ☐ Mantas térmicas ☐ Umidificador aquecido no ventilador mecânico				
REVERTER hipotermia se TEMP < 35° C: ☐ Ações de prevenção de hipotermia ☐ Inserir lavagem gástrica com líquidos a 43°C				
Transfundir Hemácias: ESTÁVEIS: se Hb ≤ 7g/dl INSTÁVEIS: se Hb < 10g/dl				
Iniciar insulina se glicemia capilar > 180 mg/dl, para manter glicemia entre 140 - 180 mg/dl.				
Quando 1º exame clínico POSITIVO: a. OBRIGATÓRIO solicitar CULTURAS (URO, TOT, HEMOCULTURA) b. SE SUSPEITA CLÍNICA DE INFECÇÃO iniciar/manter ANTIBIOTICOTERAPIA				
Manter dieta enteral ou parenteral para atingir 15 – 30 % caloria/dia. (Suspender dieta se paciente muito instável)				
Manter decúbito dorsal > 45°.				
Uso de protetor gástrico.				
Pressão do cuff entre 18 - 25 mmHg.				



O projeto DONORS foi iniciado em junho de 2017 e propõe a utilização de um checklist contendo as recomendações mais atuais para o cuidado clínico do potencial doador de órgãos e que pode contribuir com a redução das perdas por parada cardíaca.

Participaram do estudo 63 hospitais, de 19 estados e do Distrito Federal. Cerca de 1,5 mil potenciais doadores foram incluídos na avaliação do uso do checklist.

4.5 AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR



4.5.1 - EXAME FÍSICO



4.5.2 - REVISÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA E INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

REVISÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

O enfermeiro da CIHDOTT deverá proceder o preenchimento / atualização da **FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR**

PARTE 1 (Identificação): nome, idade/data de nascimento, documentação, filiação, estado civil, endereço e contatos do responsável.

PARTE 2 (Informações Clínicas): causa do coma (**encaminhar laudo do exame de imagem**); data da internação e intubação; peso; altura; grupo ABO/RH (será realizada 2ª prova no HEMOCE); data e horário dos exames de determinação da ME (**encaminhar cópia do Termo de Declaração de ME e gasometrias**), peso, altura e perímetro torácico.

PARTE 3 (Cardiorrespiratório): avaliar ocorrência de PCR e RCP e resultados de radiografias ou tomografias de tórax e ecocardiograma. **Deve ser solicitada radiografia de tórax diariamente.**


GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde
CENTRAL ESTATUAL DE TRANSPLANTES DO CEARÁ

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR
RGCT: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____ Hospital: _____
Setor: () UTI () Emergência () S. Recuperação () S. Reanimação () Unidade de AVC
() Outros: _____
Prontuário: _____ Leito: _____ Telefone: _____ Ramal: _____
Responsável pela informação: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR

Nome: _____ Idade: _____
Sexo: () M () F Data nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ Religião: _____
Cor: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena Profissão: _____
CPF: _____ RG: _____ Data da expedição: ____/____/____
Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Cep: _____
Município: _____ Contato: _____
Estado civil: _____ Nome do cônjuge: _____
Nome da Mãe: _____ Telefone: _____
Nome do Pai: _____ Telefone: _____
Responsável: _____ Telefone: _____

2 INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Data da internação: ____/____/____ Data da Entubação: ____/____/____
Glasgow da admissão: _____ Data de evolução para Glasgow 3: ____/____/____
Causa da ME: () TCE Causa do TCE: _____
() AVC: () Isquêmico () Hemorrágico Etiologia: _____
() HSA Etiologia: _____
() Encefalopatia Hipóxica pós PCR Etiologia: _____
() Tumor primário do SNC / Tipo: _____
() Edema Cerebral / Etiologia: _____
() Outras causas: _____
Dados Antropométricos: Peso: _____ kg Altura: _____ m. Perímetro Torácico: _____
IMC: _____ (ABO / Rh): _____

Avaliação da Morte Encefálica
1ª Data: ____/____/____ Hora: ____ h Médico: _____ () Neuro () Clínico
2ª Data: ____/____/____ Hora: ____ h Médico: _____ () Neuro () Clínico
Exame complementar: _____
Data: ____/____/____ Hora: ____ h Confirmado: () Sim () Não
Repetido exame complementar: _____
Data: ____/____/____ Hora: ____ h Confirmado: () Sim () Não

3. CARDIO RESPIRATÓRIO

PCR: () Sim () Não Data: ____/____/____ ECOCARDIOGRAMA: () Sim () Não
Duração: _____ Data: ____/____/____ Resultado: _____
CARDIOVERSÃO: () Sim () Não RX DE TÓRAX: () Sim () Não Data: ____/____/____
Resultado: _____

REVISÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

PARTE 4 (Drogas Vasoativas): registrar uso e dose de drogas vasoativas (Noradrenalina, Dopamina, Dobutamina, Vasopressina, Adrenalina e outras).

PARTE 5 (Renal): registrar o aspecto e o débito urinário a cada turno de 12 horas. Também é importante registrar o débito urinário das 24 horas anteriores à abertura do protocolo, para fins comparativos. Em caso de insuficiência renal e realização de **HEMODIÁLISE**, registrar a data do início e das sessões realizadas.

PARTE 6 (Infecção): registrar ocorrência de febre (**deve ser revisado todo o internamento**), registro de infecções, esquemas de antibiótico em uso e resultados de culturas. Na abertura do protocolo, orienta-se a coleta de **HEMOCULTURA**, além de culturas específicas de topografias com suspeita de infecção.

NOME: _____ RGCT: _____ ABO: _____

4. DROGAS VASOATIVAS

VAZÃO	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Nora					
Dopa					
Dobuta					
Vasopressina					

5. RENAL / METABÓLICO

ASPECTO URINÁRIO

() Hematuria () Colúria
() Piúria () Grumos
() Outro: _____

DIURESE

DATA: ____/____/____ MT(7-19h): _____ (ml) SN (19-07h): _____ (ml)
DATA: ____/____/____ MT(7-19h): _____ (ml) SN (19-07h): _____ (ml)
DATA: ____/____/____ MT(7-19h): _____ (ml) SN (19-07h): _____ (ml)

6. INFECÇÃO

() Não () Sim

Se sim, FOCO:

() Pulmonar () SNC
() Urinário () Abdominal
() Vascular () Cutâneo

ANTIBIÓTICO	POSOLOGIA	DATA INÍCIO	DATA TÉRMINO

HISTÓRICO DE FEBRE (Pesquisar em todo o internamento)

DATA	NÚMERO DE PICOS (>37,8)	MAIOR VALOR DE TEMPERATURA	SÍTIO DE COLETA DE CULTURA	DATA DA COLETA	RESULTADO

REVISÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

PARTE 7 (Hemoterapia): registrar data e volume de transfusões (hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado, CRIO e outros).

PARTE 8 (Exame Físico - Pele): registrar tatuagens, cicatrizes, edema, lesões, uso de piercing e outros.

PARTE 9 (Sinais Vitais): registrar pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura, atualizando a cada turno. **Caso a CIHDOTT utilize outro formulário de acompanhamento dos sinais vitais, encaminhar cópia à CET a cada turno.**



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO CEARÁ

RGCT: _____

NOME: _____ ABO: _____

7. HEMOTERAPIA

Hemoterapia: () Sim () Não Se **SIM**:

TIPO DE HEMOCOMPONENTE	DATA DA TRANSFUSÃO	VOLUME

Data da última transfusão: ____/____/____

8. EXAME FÍSICO - PELE

() TATUAGENS () CICATRIZES () EDEMA () LESÃO DE CONT. () PIERCING
() OUTROS. Qual(is): _____

9. CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

DATA	SatO ₂	FiO ₂	PA	FC	T	DATA	SatO ₂	FiO ₂	PA	FC	T
____/____/____						____/____/____					
MANHÃ						MANHÃ					
TARDE						TARDE					
NOITE						NOITE					

ATA	SatO ₂	FiO ₂	PA	FC	T	DATA	SatO ₂	FiO ₂	PA	FC	T
____/____/____						____/____/____					
MANHÃ						MANHÃ					
TARDE						TARDE					
NOITE						NOITE					

OBS: _____

REVISÃO DOS DADOS LABORATORIAIS

PARTE 10 (Avaliação laboratorial):

Garantir a dosagem dos exames a cada 24 horas.

SEMPRE registrar os exames da admissão, principalmente a CREATININA.

O Beta-HCG deve ser realizado por todas as mulheres em idade fértil para avaliação de risco de coriocarcinoma.

Registrar data e horário da coleta de amostras para sorologias e exame de HLA. No momento da coleta destes exames, o enfermeiro da CIHDOTT deve proceder o **CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO**, registrando-o em formulário próprio. Uma cópia do formulário deve ser enviada à CET-Ceará.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO CEARÁ

RGCT: _____

NOME: _____ ABO: _____

10. AVALIAÇÃO LABORATORIAL					
Exames	DATA (admissão)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
HB					
HT					
PLAQ.					
LEUC.					
URÉIA					
CREAT					
SÓDIO					
POTÁSSIO					
CÁLCIO					
GLICOSE					
CPK					
CK-MB					
AMILASE					
LIPASE					
CLORO					
TGO					
TGP					
FOSF ALC					
GAMA-GT					
BIL TOTAL					
BIL DIRETA					
BIL INDIRETA					
FIO ₂ / SATO ₂					
pH					
PCO ₂					
PO ₂					
HCO ₃					
TAP/INR					
TPTA					
MAGNÉSIO					
LACTATO					

Beta-HCG (em mulheres de 12 anos a 50 anos) (data e hora da coleta): ____/____/____ Valor: _____

SOROLOGIA (data e hora da coleta): ____/____/____ Hora: _____h

HLA (data e hora da coleta): ____/____/____ Hora: _____h

CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO PARA TRIAGEM SOROLÓGICA

Nome do doador: _____	RGCT: _____
Peso: _____	Coleta da Amostra: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____
Responsável pela coleta: _____	Telefone: _____

Volume plasmático (VP):		Peso (em Kg)/0,025
Volume sanguíneo (VS):		Peso (em Kg)/0,015

A) Volume total de sangue transfundido nas últimas 48 horas:

Concentrado de Hemácias		mL
Sangue total		mL
Sangue reconstituído		mL
Total		mL

B) Volume total de colóides infundidos nas últimas 48 horas:

Dextran:		mL
Plasma:		mL
Plaquetas:		mL
Albumina:		mL
Amido Hidroxietílico		mL
Outros:		mL
Total		mL

C) Volume total de cristalóides infundidos na última 01 hora:

Solução salina:		mL
Solução glicosada:		mL
Ringer lactato:		mL
Outros:		mL
Total		mL

DETERMINAÇÃO DA POSSÍVEL HEMODILUIÇÃO

- 1) B+C>VP ☐ Sim ☐ Não
- 2) A+B+C>VS ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta é **SIM** para qualquer uma das duas perguntas, a hemodiluição torna a amostra de sangue não confiável e o doador deve ser recusado para tecidos e avaliado criteriosamente a possibilidade de utilização de órgãos.

Assinatura do responsável pelo cálculo

4.5.3- PESQUISA DOS ANTECEDENTES PESSOAIS E SINTOMAS GRIPAIS

PESQUISA DOS ANTECEDENTES

O enfermeiro da CIHDOTT deverá proceder a investigação dos antecedentes pessoais junto à família.

PARTE II (Antecedentes):

Pesquisar antecedentes de doenças (hipertensão, diabetes, doença cardíaca ou pulmonar, neoplasias, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças infecciosas); medicamentos de uso contínuo; internamentos e procedimentos cirúrgicos prévios; hábitos como tabagismo, etilismo e/ou uso de drogas ilícitas; encarceramento / confinamento e histórico de aborto em mulheres.

ATENÇÃO!! No caso de etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas detalhar tempo de uso, tipo de substância, frequência de utilização e quantidade.

O CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO deverá ser realizado pelo enfermeiro da CIHDOTT para a validação de amostras sanguíneas para triagem sorológica de todo potencial doador.

ATENÇÃO!! A cópia deste formulário deverá ser encaminhada obrigatoriamente à CET-CE.

RGCT: _____

NOME: _____ **ABO:** _____

11. ANTECEDENTES	NÃO	SIM	SE A RESPOSTA FOR "SIM" COMPLEMENTAR ABAIXO	
Diabetes Mellitus			Tempo de diagnóstico: _____ Medicamentos em uso: _____	
Diabetes Mellitus em parentes de 1o ou 2º grau			Se sim: () Pai () Mãe () Avó(s)	
Doença Pulmonar			Tipo: _____	Tempo de diagnóstico/cura: _____
HAS			Qto Tempo: _____	Medicação: _____
Existência ou história de doença			Tipo: _____	Tempo de Tratamento: _____
Existência ou história de neoplasia			Tipo: _____	Tempo de Tratamento: _____
Doenças infecciosas e ou sexualmente transmissíveis (DSTs)			Tipo: _____	Tratamento: _____
Etilismo			Tipo: _____	Quantidade/dia: _____ Tempo de consumo: _____
Tabagismo			Quantidade/dia: _____	Tempo de dependência: _____
Internamentos Prévios			Motivo? _____	
Cirurgias prévias			Qual (is)? _____	
Transfusões sanguíneas			Motivo? _____	
Tuberculose			Ativa ()	Tempo de cura: _____
Drogas inalatórias ilícitas			Qual (is)	Tempo de dependência: _____
Drogas injetáveis ilícitas			Qual (is)	Tempo de dependência: _____
Outras Drogas			Qual (is)	Tempo de dependência: _____
Encarceramento/Confinamento			Tempo: _____	
Se mulher em (idade 12 anos a 50 anos) investigar irregularidades menstruais pós gestação e/ou aborto.				

PESQUISA DE SINTOMAS GRIPAIS / COVID-19

ANEXO I – TRIAGEM PARA INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO POR COVID-19

No contexto da pandemia da COVID-19, o enfermeiro da CIHDOTT deverá proceder a pesquisa de diagnóstico prévio da doença (período, sintomas e testes realizados); sintomas gripais e contato com casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 nos últimos 14 dias.

ATENÇÃO!! A cópia do inquérito deverá ser obrigatoriamente encaminhada à CET-CE.

OBSERVAÇÃO!! independente da ausência de sintomas ou infecção anterior, TODOS os potenciais doadores deverão ser submetidos à realização do teste RT-PCR para COVID.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO CEARÁ – CET / CE

ANEXO I - TRIAGEM PARA INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO POR COVID-19
APLICÁVEL A DOADORES DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS E CÓRNEAS

INQUÉRITO	Resposta	Em caso afirmativo, detalhar
PACIENTE JÁ TEVE DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU LABORATORIAL DE COVID 19?	()SIM ()NÃO	
NOS ÚLTIMOS 14 DIAS, PACIENTE APRESENTOU SINAIS OU SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (tosse, dispnéia, tosse seca ou produtiva, congestão nasal ou conjuntival, dor na garganta ou dificuldade para engolir, coriza, batimento da asa do nariz, tiragem intercostal, cianose, saturação de oxigênio < 95%)?	()SIM ()NÃO	
NOS ÚLTIMOS 14 DIAS, PACIENTE APRESENTOU ALGUM DESTES SINAIS E SINTOMAS: (fadiga, mialgia, artralgia, cefaléia, calafrios, manchas vermelhas, gânglios linfáticos aumentados, dor abdominal inexplicável, náusea, vômito, diarreia, desidratação, perda de paladar e/ou olfato, inapetência)?	()SIM ()NÃO	
NOS ÚLTIMOS 14 DIAS, PACIENTE APRESENTOU FEBRE? OBS.: considera-se febre temperatura >37,8° C. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, como por exemplo, idosos, imunossuprimidos ou no caso do uso de analgésicos / antitérmicos.	()SIM ()NÃO	
NOS ÚLTIMOS 14 DIAS, PACIENTE TEVE CONTATO PRÓXIMO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DO COVID-19?	()SIM ()NÃO	

Nome do Potencial Doador: _____

Nome / parentesco do responsável pelas informações: _____

Nome / carimbo do responsável pela entrevista: _____

DATA: ____ / ____ / ____

OBSERVAÇÃO: Uma cópia deste inquérito deve ser obrigatoriamente enviada à CET-CE.

4.5.4 - REALIZAÇÃO DE EXAMES SOROLÓGICOS, RT-PCR PARA COVID, 2ª TESTAGEM ABO/RH E TESTES DE IMUNOLOGIA (HLA)

RESPONSÁVEL PELA COLETA: enfermeiro da CIHDOTT ou técnico do laboratório da unidade de saúde	
RESPONSÁVEL PELO PROCESSAMENTO DAS AMOSTRAS: HEMOCE	
MATERIAIS	
SOROLOGIAS	Amostra sanguínea (02 tubos de tampa rosqueada cor amarela ou vermelha)
HLA	Amostra sanguínea (01 tubo de tampa rosqueada cor roxa)
ABO (2º teste)*	Amostra sanguínea (01 tubo de tampa rosqueada cor roxa) *A primeira testagem deverá ser realizada no próprio hospital.
RT PCR - COVID	SWAB ou secreção traqueal ou lavado broncoalveolar
IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS	
Os frascos das amostras deverão ser identificados conforme ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS , padronizada pelo HEMOCE, contendo obrigatoriamente as seguintes informações: 1. Nome do paciente legível e sem rasuras; 2. Data de nascimento ou número do prontuário; 3. Data e hora da coleta; 4. Responsável pela coleta.	
SOLICITAÇÃO DOS EXAMES	
Os exames deverão ser solicitados em FORMULÁRIOS DE SOLICITAÇÃO padronizados pela CET-Ceará. Os campos deverão ser preenchidos com os mesmos dados das etiquetas dos frascos. Divergências implicarão no não processamento dos exames e descartes das amostras.	

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE AMOSTRA RESPIRATÓRIA PARA TESTE RT-PCR PARA COVID

COLETA de amostra respiratória para teste COVID com frasco coletor ("BRONQUINHO")

1. Proceder aspiração do conteúdo para o frasco coletor de secreções estéril ("Bronquinho")
2. Transferir o conteúdo do tubo com meio de preservação para dentro do frasco coletor, misturando com a secreção traqueobrônquica ou aspirado broncoalveolar
3. Proceder a identificação do frasco conforme orientações e etiqueta padronizada

COLETA de amostra respiratória para teste COVID sem frasco coletor (apenas sonda traqueal)

1. Após aspirar com sonda estéril, aproxime a sonda do tubo com meio de preservação
2. Corte de 4-5cm a ponta da sonda de aspiração contendo a secreção
3. Ajuste a ponta da sonda com secreção dentro do tubo com meio de preservação
4. Feche bem o tubo com meio de preservação, procedendo a identificação conforme orientações e etiqueta padronizada

COLETA de amostra respiratória para teste COVID quando não há secreção traqueobrônquica

1. Coletar um swab da nasofaringe (direita e esquerda e colocar no tubo com meio de preservação)
2. Proceder a identificação do frasco conforme orientações e etiqueta padronizada.



ARMAZENAMENTO

Após devida identificação com as etiquetas padronizadas, embalar as amostras, colocando-as em caixa térmica ou caixa de isopor. Caso as amostras não preencham completamente a caixa, ocupar os espaços com papel toalha para que não haja deslocamento dos tubos durante o transporte, causando vazamento ou contaminação dos outros tubos e/ou da caixa térmica. No caso do "bronquinho" ou tubo com swab, fixá-lo na parte interna da caixa. Climatizar a caixa térmica com gelo reciclável, de modo a manter a temperatura de transporte entre 2° e 8°C.

IDENTIFICAÇÃO DA CAIXA TÉRMICA

A caixa térmica deverá conter a identificação de destinatário, remetente e sinalização de MATERIAL BIOLÓGICO CATEGORIA B UM 3373 SUBSTÂNCIA BIOLÓGICA, bem como orientação de posicionamento das amostras (seta para cima), conforme **ETIQUETA PADRONIZADA PARA CAIXA TÉRMICA**, padronizado pelo HEMOCE.

ENVIO PARA O HEMOCE

FORTALEZA

1. A unidade de saúde deverá comunicar à CET-Ceará que o material está disponível
2. A CET-Ceará comunicará ao HEMOCE e providenciará o motorista para pegar a amostra na unidade de saúde e entregar na Central de Triagem do HEMOCE.

INTERIOR

1. O enfermeiro da CIHDOTT ou OPO solicita à CET-Ceará a autorização para o transporte das amostras através do **FORMULÁRIO I-SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO ATRAVÉS DA EMPRESA EXPRESSO GUANABARA**, conforme convênio estabelecido com a CET-Ceará.
2. A CET-Ceará autoriza o transporte através do **FORMULÁRIO II- AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO**.
3. Após o recebimento da autorização e entrega da amostra na empresa rodoviária, o enfermeiro da CIHDOTT ou OPO envia à CET-Ceará o comprovante de entrega e horário previsto de chegada em Fortaleza, através do **FORMULÁRIO III- CONFIRMAÇÃO DE ENTREGA DO MATERIAL**
4. A CET-Ceará comunicará ao HEMOCE a previsão de chegada e providencia o motorista para pegar a amostra na rodoviária e entregar na Central de Triagem do HEMOCE.

RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS NO HEMOCE

1. O HEMOCE confirmará o recebimento das amostras, comunicando à CET-CE o início do processamento e previsão dos resultados.
2. As amostras serão processadas logo após o recebimento, exceto as que forem recebidas após as 4h, sendo processadas após às 7h da manhã.

RESULTADOS

1. O HEMOCE cadastrará e liberará os resultados das amostras no sistema GAL e SOFTALB, disponibilizando-os à CET-CE através do e-mail cncdo.ce@gmail.com
2. A CET-CE encaminhará os resultados para a CIHDOTT ou unidade de saúde.

NÃO CONFORMIDADES

Amostras destampadas, não identificadas ou com divergências entre os formulários de solicitação e a identificação dos frascos
NÃO SERÃO EXAMINADAS.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

O HEMOCE está desenvolvendo um projeto para implantação de um sistema informatizado para cadastro das amostras pelas próprias unidades de saúde e impressão de etiquetas padronizadas de identificação.

ETIQUETAS PADRONIZADAS PARA TUBOS DE AMOSTRA SANGUÍNEA E DE AMOSTRA RESPIRATÓRIA (COVID)

MODELO DE ETIQUETAS PADRONIZADAS – USO OBRIGATÓRIO NO TUBO e no RECIPIENTE DE TAMPA ROSQUEADA	
Nome:	
Prontuário ou Data de Nascimento:	
Data da Coleta:	Hora: ____:____
Responsável pela Coleta:	

URGENTE- SUSPEITA DE COVID 19	
Nome:	
Prontuário ou Data de Nascimento:	
Data da Coleta:	Hora: ____:____
Responsável pela Coleta:	



ETIQUETA PADRONIZADA PARA IDENTIFICAÇÃO DE CAIXA TÉRMICA

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Secretaria da Saúde	
ETIQUETA PADRONIZADA PARA CAIXA TÉRMICA DO MATERIAL USO OBRIGATÓRIO	
REMETENTE	
Instituição:	Endereço:
	Município:
Responsável pelo envio:	Telefone:
MATERIAL PARA ANÁLISE – SUBSTÂNCIA BIOLÓGICA CATEGORIA B – UN 3373 MATERIAL REFRIGERADO	
DESTINATÁRIO	
HEMOCENTRO DE FORTALEZA - HEMOCE Endereço: Av. José Bastos 3390 – Bairro: Rodolfo Teófilo – Fortaleza - Ceará Setor: Central de Triagem Andar: Térreo Telefone: 85-31012288	

FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DA 2ª TESTAGEM DA AMOSTRA SANGUÍNEA, SOROLOGIAS E RT-PCR PARA COVID-19

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SAÚDE CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES (CET-CE)	
SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA TRANSPLANTES – HEMOCE DOADOR DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS	
HOSPITAL:	Setor
Cartão Nacional de Saúde:	Data do atendimento: / /
Nome do Paciente: (completo sem abreviatura)	Idade:
Data de Nascimento: / /	Sexo: Cor: Peso: Altura:
Nacionalidade:	Prontuário:
Endereço completo:	
Bairro:	Cidade:
Nome da Mãe:	
MARQUE EXAME SOLICITADO:	MATERIAL A EXAMINAR:
() TIPAGEM SANGUÍNEA PARA TRANSPLANTES	AMOSTRA SANGUÍNEA () 01 frasco da tampa roxa .
() SOROLOGIAS - Anti -HIV - HbsAg - Anti – HVC - Anti – HBc (IgM) - Sorologia p/Sífilis - Anti Hbc Total - Toxoplasmose (IgG) (IgM) - Anti-Tcruzi - Anti HTLV I, II - CMV (IgG) (IgM)	AMOSTRA SANGUÍNEA () 02 frascos da tampa amarela ou vermelha.
() TESTE PARA COVID 19 / RT-PCR	AMOSTRA RESPIRATÓRIA: () Secreção Traqueal () SWAB () Lavado Broncoalveolar

RESPONSÁVEL PELA COLETA : _____

DATA: / / HORÁRIO: :_

FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DE TESTES DE IMUNOLOGIA (HLA)

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SAÚDE CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES (CET-CE)		
SOLICITAÇÃO DE EXAMES - HLA		
HOSPITAL:		Setor
Cartão Nacional de Saúde:		Data do atendimento: / /
Nome do Paciente: (completo sem abreviatura)		Idade:
Data de Nascimento: / /		Sexo: Cor: Peso: Altura:
Nacionalidade:		Prontuário:
Endereço completo:		
Bairro:		Cidade:
Nome da Mãe:		
DADOS CLÍNICOS: DOADOR FALECIDO		
EXAMES SOLICITADOS:	MATERIAL A EXAMINAR:	PARA HLA:
HLA () CROSSMATCH ()	AMOSTRA SANGUÍNEA () GÂNGLIOS () BAÇO ()	01 FRASCO DA TAMPÃO ROXA ()
RESPONSÁVEL PELA COLETA : _____		
DATA: / / HORÁRIO: :_		

FORMULÁRIOS PADRONIZADOS PARA TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA FORTALEZA

FORMULÁRIO I

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FORMULÁRIO I
SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO ATRAVÉS DA EMPRESA EXPRESSO GUANABARA

O Hospital _____ solicita à Central de Transplantes do Ceará a autorização de transporte rodoviário pela Empresa Expresso Guanabara para o envio de _____ no dia ____/____/2021, entre os trechos: _____ e FORTALEZA/CE.

Responsável pela entrega: _____

_____(cidade), ____ de _____ de 2021

Representante da CIHDOTT / OPO

FORMULÁRIO II

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FORMULÁRIO II
AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO CENTRAL DE TRANSPLANTES DO CEARÁ

A Central de Transplantes do Ceará autoriza o transporte gratuito rodoviário pela Expresso Guanabara para o envio de _____ entre os trechos _____ e Fortaleza-Ceará, no dia ____/____/2021, no dia ____/____/2021.

Responsável pela entrega: _____

Representante da OPO/CIHDOTT

Plantonista da CET-Ceará / SESA

FORMULÁRIO III

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FORMULÁRIO III
CONFIRMAÇÃO DE ENTREGA DE MATERIAL

Eu _____ RG: _____ representante da OPO/CIHDOTT de _____ confirmo a entrega de _____ no dia ____/____/2021 na Rodoviária do município de _____ ao funcionário _____ da Empresa Expresso Guanabara para transporte rodoviário entre os trechos _____ e Fortaleza-Ceará.

Informações Importantes:
Horário de saída da Rodoviária: _____h
Previsão de Chegada na Rodoviária de Fortaleza: _____h
Identificação do ônibus da Empresa Guanabara: _____

_____(cidade), ____ de _____ de 2021

Representante da OPO/CIHDOTT

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS X DOADORES LIMÍTROFES

SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV
SOROLOGIA POSITIVA PARA HTLV 1 E 2
TUBERCULOSE EM ATIVIDADE
SEPSE NÃO CONTROLADA
INFECÇÕES VIRAIS E FÚNGICAS AGUDAS/ GRAVES (EXEMPLO: HEPATITE AGUDA*, MENINGOENCEFALITE VIRAL OU DE ORIGEM DESCONHECIDA, RUBÉOLA, RAIVA, VÍRUS DO OESTE DO NILO, ADENOVÍRUS, ENTEROVÍRUS, PARVOVÍRUS, ZICAVÍRUS, COVID-19**).
CONDIÇÃO NEOPLÁSICA MALIGNA , EXCETUANDO CARCINOMA IN SITU DE PELE, CARCINOMA IN SITU DE COLO UTERINO E ALGUNS TUMORES PRIMÁRIOS DO SNC***

DOADORES LIMÍTROFES

APRESENTAM CONDIÇÕES QUE SE CORRELACIONAM COM O RISCO DE MENOR SOBREVIVÊNCIA, DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO DO ENXERTO OU COM O RISCO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS.
JUSTIFICA-SE QUANDO A EXPECTATIVA DE VIDA COM O TRANSPLANTE FOR SUPERIOR À OBTIDA COM O TRATAMENTO CLÍNICO CONVENCIONAL.
A DECISÃO SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS É DA EQUIPE DE TRANSPLANTE, COM O CONSENTIMENTO INFORMADO DO RECEPTOR.
NESSAS SITUAÇÕES OS ÓRGÃOS DEVEM SER REMOVIDOS E, SE NÃO FOREM IMPLANTADOS NO ESTADO, DEVEM SER OFERECIDOS À CENTRAL NACIONAL DE TRANSPLANTES QUE DISPONIBILIZARÁ PARA OUTROS ESTADOS.

Os critérios de inclusão e exclusão para doadores de córneas e outros tecidos podem ser consultados na RDC ANVISA nº 55/2015 – Seção V – Da seleção do doador

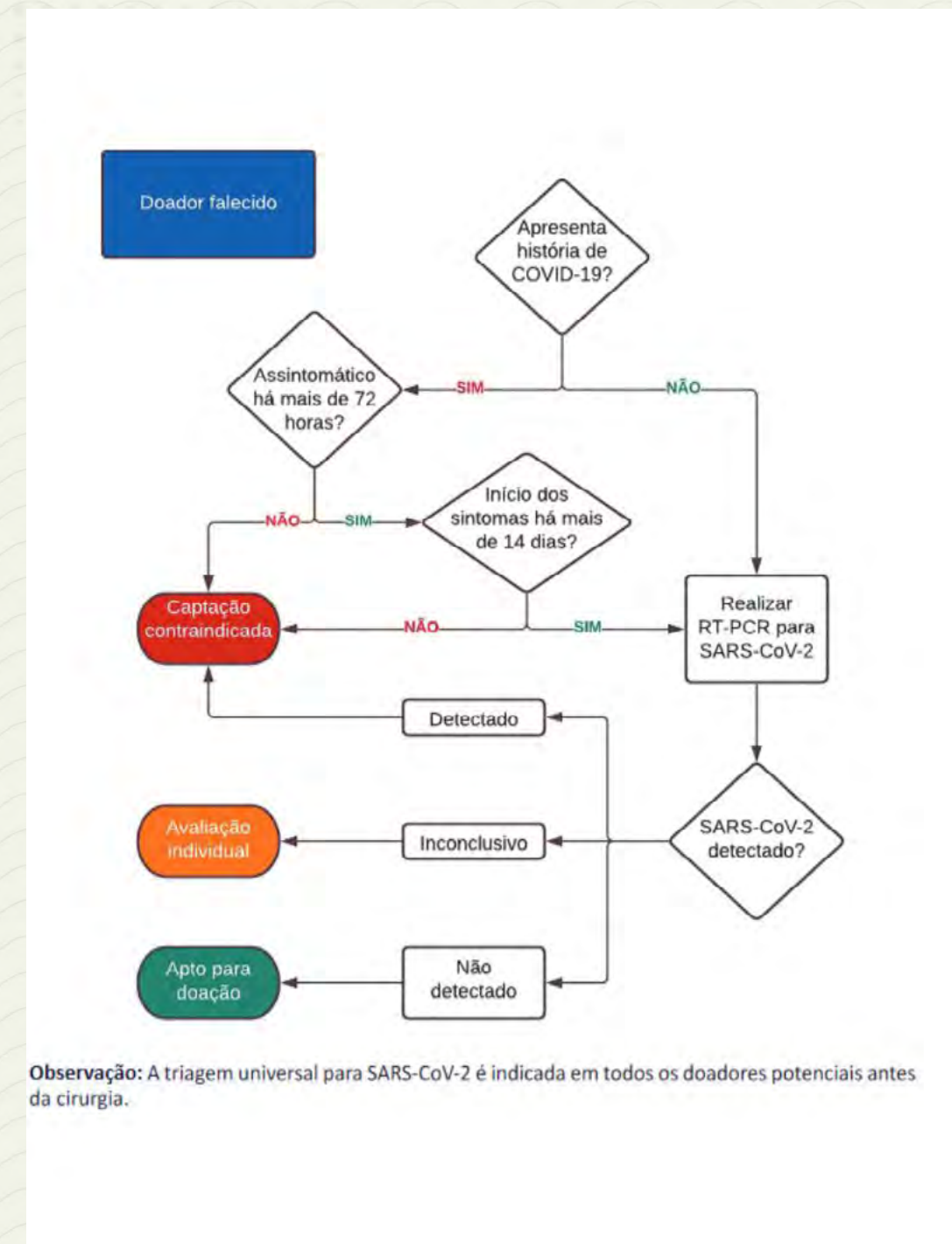
* HEPATITES X DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

MARCADOR	SITUAÇÃO
HbsAg (+)	Portador
Anti-HBs (+) Anti-HBc (-)	Vacinado
Anti-HBs (+) Anti-HBc (+)	Imunizado por hepatite prévia
Anti-HBc (+) HBsAg (-) Anti-HBs (-)	Imunizado ou Portador
Anti-HCV (+)	Portador

Doadores com evidência de infecção pelo vírus da hepatite B resolvida (anti-HBc total e anti-HBs reagentes) têm sido utilizados em pacientes também portadores do vírus ou imunizados (anti-HBs reagente isoladamente) com risco mínimo de transmissão ou reativação quando utilizada profilaxia viral específica. Os órgãos de doadores HCV reagente podem ser utilizados em receptores também reagentes e com viremia presente.

GARCIA; GARCIA; PEREIRA (ORG), 2017

** COVID-19: FLUXOGRAMA PARA VALIDAÇÃO DE DOADOR FALECIDO DE TECIDO E MÚLTIPLOS ÓRGÃOS



*** TUMORES CEREBRAIS X DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

TUMORES QUE NÃO EXCLUEM O DOADOR PARA DOAÇÃO

- Meningeoma benigno
- Adenoma de hipófise
- Schwannoma de acústico
- Craneofaringeoma
- Astrocitoma pilocítico (grau I)
- Cisto epidermoide
- Cisto coloide de III ventrículo
- Papiloma de plexo coroide
- Hemangioblastoma
- Tumor de células ganglionais
- Pineocitomas
- Oligodendroglioma de baixo grau (Schmidt A e B)
- Teratoma bem diferenciado
- Ependimoma

TUMORES EM QUE O DOADOR PODE SER CONSIDERADO PARA DOAÇÃO DEPENDENDO DAS CARACTERÍSTICAS

- Astrocitoma de baixo grau (grau II)
- Gliomatose Cerebri

TUMORES EM QUE O DOADOR NÃO DEVE SER CONSIDERADO PARA DOAÇÃO

- Astrocitoma anaplásico (grau III)
- Glioblastoma multiforme
- Meduloblastoma
- Oligodendroglioma anaplásico (Schmidt C e D)
- Ependimoma maligno
- Pineoblastoma
- Meningeoma anaplásico e maligno
- Sarcoma intracranial
- Tumor de células germinais (exceto teratoma bem diferenciado)
- Cordoma
- Linfoma cerebral primário

ADAPTADO de WHESTPHAL et al, 2016

4.6 ENTREVISTA FAMILIAR

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os familiares que estiverem em companhia do paciente ou que tenham oferecido meios de contato serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para diagnóstico da morte encefálica. Caso a família do paciente solicite, será admitida a presença de médico de sua confiança no ato de diagnóstico da morte encefálica.

Após a declaração da morte encefálica, a família do falecido deverá ser consultada sobre a possibilidade de doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplante.

A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, após a morte, somente poderá ser realizada com o consentimento livre e esclarecido da família do falecido, consignado de forma expressa em termo específico de autorização.

A autorização deverá ser do cônjuge, do companheiro ou de parente consanguíneo, de maior idade e juridicamente capaz, na linha reta ou colateral, até o segundo grau, e firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

Caso seja utilizada autorização de parente de segundo grau, deverão estar circunstanciadas, no termo de autorização, as razões de impedimento dos familiares de primeiro grau.

A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano de falecidos incapazes, nos termos da lei civil, dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o poder familiar exclusivo, a tutela ou a curatela

DECRETO Nº9.175/2017

“Os familiares do paciente ou seu responsável legal deverão ser adequadamente esclarecidos, de forma clara e inequívoca, sobre a situação crítica do paciente, o significado da ME, o modo de determiná-la e também sobre os resultados de cada uma das etapas de sua determinação. Esse esclarecimento é de responsabilidade da equipe médica assistente do paciente ou, na sua impossibilidade, da equipe de determinação da ME.”

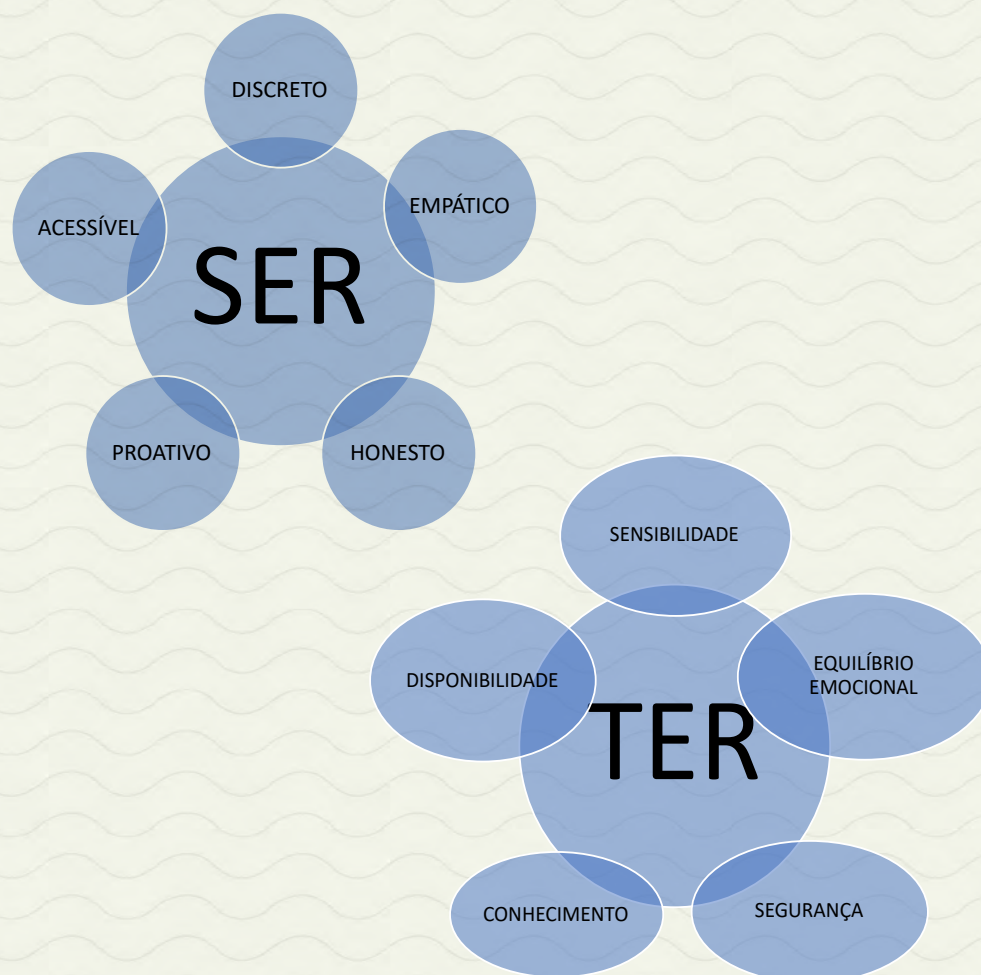
“Será admitida a presença de médico de confiança da família do paciente para acompanhar os procedimentos de determinação de ME, desde que a demora no comparecimento desse profissional não inviabilize o diagnóstico. Os contatos com o médico escolhido serão de responsabilidade dos familiares ou do responsável legal. O profissional indicado deverá comparecer nos horários estabelecidos pela equipe de determinação da ME.”

“A decisão quanto à doação de órgãos somente deverá ser solicitada aos familiares ou responsáveis legais do paciente após o diagnóstico da ME e a comunicação da situação a eles”

RESOLUÇÃO Nº 2.173/ 2017

A entrevista pode ser feita por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos ou outras categorias, desde que estejam capacitados para realizar esta atividade. O profissional entrevistador precisa estar seguro e passar segurança para a família a fim de adquirir respeito e confiança.

CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DO ENTREVISTADOR



ACOLHIMENTO

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.
BRASIL, 2010

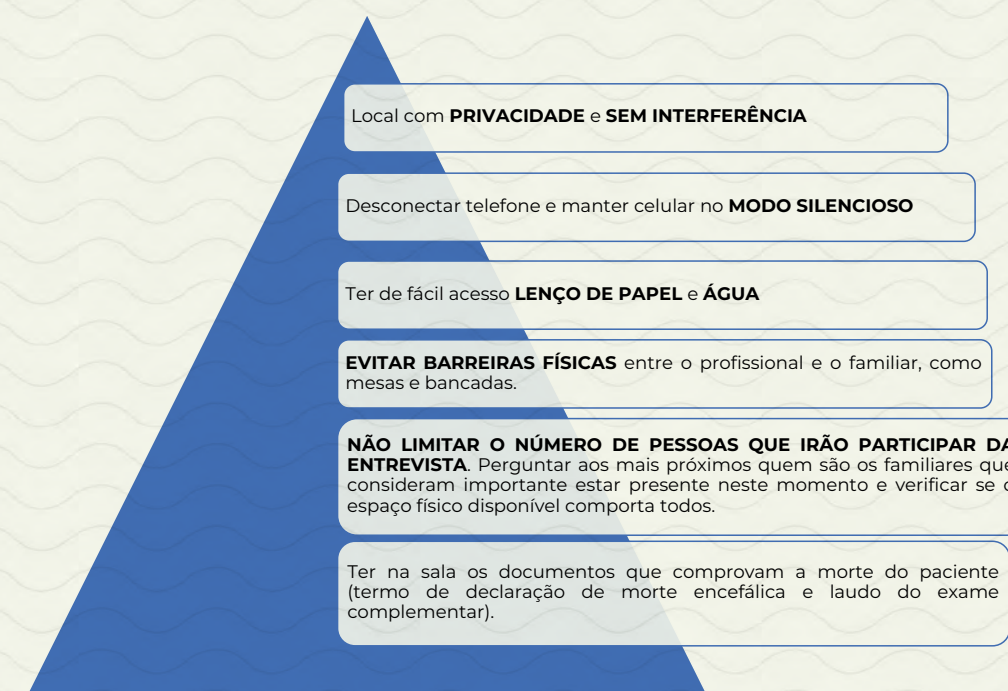
Cabe à CIHDOTT, promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição.

A direção do estabelecimento de saúde deverá prover área física definida e equipamentos adequados para a intercomunicação entre os diversos participantes do processo e conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº4/2017

CENÁRIO PARA A ENTREVISTA

A organização prévia do cenário da entrevista transmite segurança e credibilidade à família, fazendo com que se sintam acolhidos e evitando imprevistos que possam prejudicar o andamento do processo.



ACOLHIMENTO

Empatia

- Colocar-se ao lado, à disposição do familiar, captando suas necessidades
- Tratar a família como gostaria de ser tratado
- Compreender atitudes, sentimentos, comportamentos e reações da família

Comunicação

- Apresentar-se e chamar o ente falecido pelo nome
- Manter tom de voz suave, calmo
- Utilizar linguagem simples e clara, de acordo com o entendimento da família
- Usar preferencialmente perguntas abertas para estimular o diálogo com a família, fazendo pausas e *feedback* para avaliar a compreensão da família
- Evitar frases como “não chore” ou “foi melhor assim”

Escuta Ativa

- Conhecer os familiares e o que eles já têm de informação
- Conhecer as circunstâncias em que ocorreram o internamento
- Identificar as dúvidas e necessidades de cada família

Relação de Ajuda

- Esclarecer as dúvidas em relação ao processo de doação
- Auxiliar nos trâmites que envolvem a liberação do corpo e direitos sociais da família
- Acompanhar a família até o final do processo, independente da decisão a respeito da doação

INSTRUMENTO VALIDADO PARA ACOLHIMENTO DIRECIONADO ÀS FAMÍLIAS ENLUTADAS NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE*



*Adaptado de ALENCAR (2018). Produto técnico da dissertação de mestrado: “Elaboração e validação de um instrumento de acolhimento direcionado às famílias enlutadas e a possibilidade de doar órgão e tecidos para transplantes.” Mestrado Profissional em Transplante. UECE. 2018

FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA FAMILIAR

A entrevista deve acontecer SOMENTE APÓS A COMUNICAÇÃO DO ÓBITO.

A utilização de termos como “MORTE” e “FALECIMENTO” deve ser feita para que a família possa entender e elaborar a perda em um momento de tanto sofrimento. Isso transmite segurança aos familiares em relação ao diagnóstico.

Não existe um tempo determinado para que a entrevista ocorra. O momento ideal para iniciar a conversa deve ser avaliado, pois é comum as famílias estarem abaladas emocionalmente devido à notícia da morte, o que dificulta o entendimento do processo de doação.

A autorização familiar para doação de órgãos é menos provável se a família não tiver tempo para entender e assimilar a morte. Deve-se disponibilizar o tempo necessário para cada família assimilar a morte e tirar todas as dúvidas. A entrevista deve ser feita a partir do momento em que os familiares apresentarem condições emocionais para dialogar e autonomia para tomar decisões.

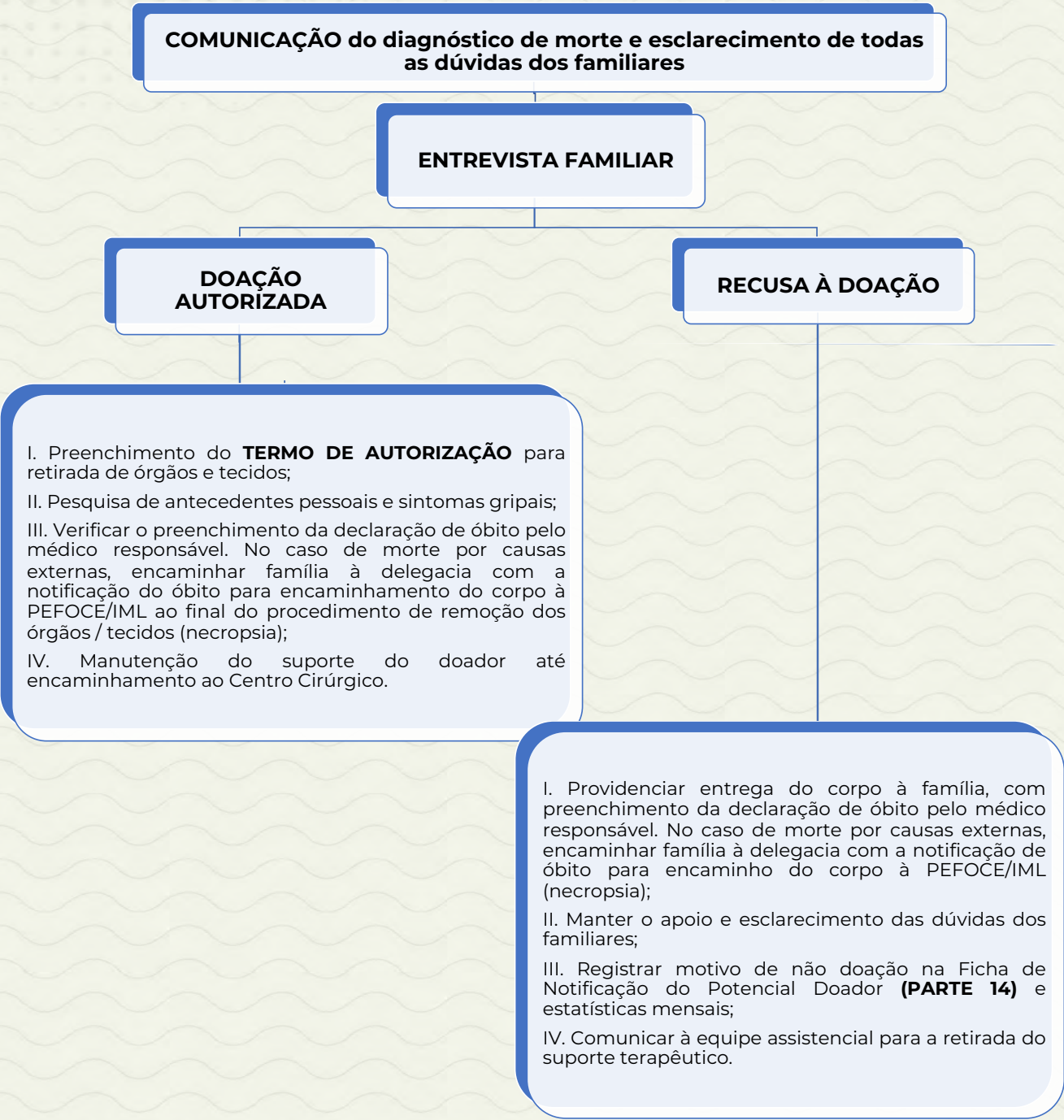
Deixar a família a sós por um tempo pode ser favorável para que seus membros possam conversar e decidir.

Não é o objetivo da entrevista apresentar a doação como uma imposição, mas sim como uma OPÇÃO. Trata-se de um ATO VOLUNTÁRIO, em que não pode ocorrer qualquer tipo de pagamento, recompensa ou barganha para que ela se concretize.

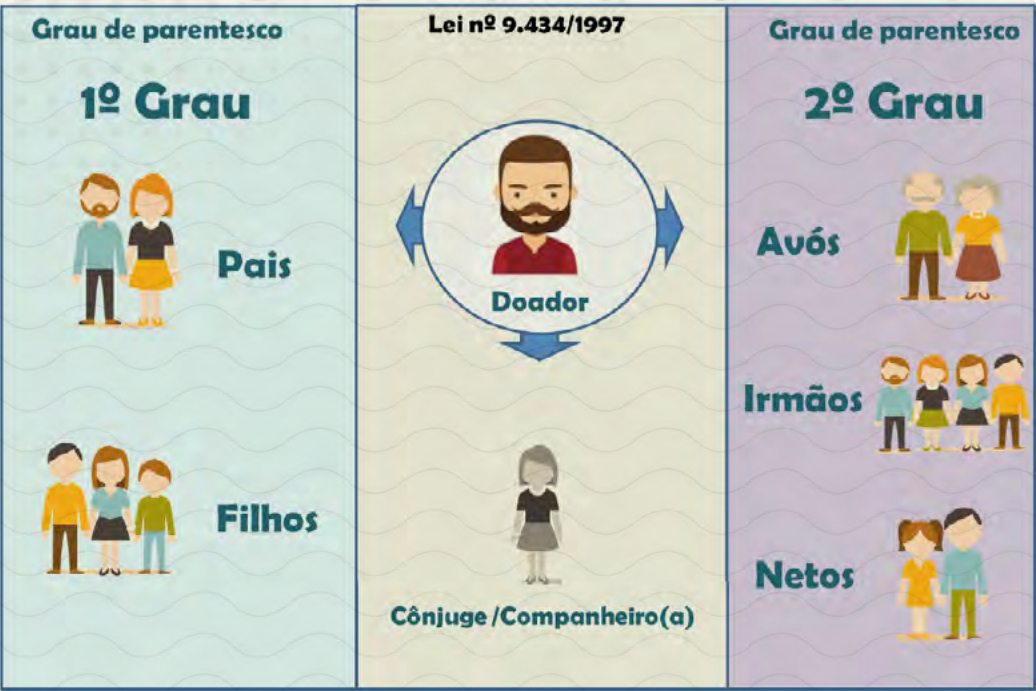
Este é o momento de ESCLARECER TODAS AS DÚVIDAS em relação ao protocolo de morte encefálica, auxiliar nos trâmites do funeral e FORNECER INFORMAÇÕES sobre o processo de doação e transplante. Desta forma, a entrevista servirá de APOIO AOS FAMILIARES, independentemente da obtenção de consentimento.

NÃO EXISTE RECEITA nem um passo a passo a ser seguido para que a família aceite a doação de órgãos. Cada família é única em suas crenças e valores.

Fonte: GARCIA; GARCIA; PEREIRA (ORG), 2017



FAMÍLIA FAVORÁVEL: QUEM PODE AUTORIZAR A DOAÇÃO?



Fonte: Paraná (2018).

UNIÃO ESTÁVEL

O companheiro (a) poderá autorizar a doação de órgãos e tecidos, mediante a confecção da Declaração de União Estável de próprio punho, subscrito por duas testemunhas e anexada ao termo de autorização familiar. Devem ser realizadas cópias de todos os documentos de identificação (doador, companheiro (a), testemunhas do termo de autorização e das testemunhas da declaração da união estável). A Defensoria Pública do Estado do Ceará sugere anexar documentos que façam prova da união estável, tais como certidão de nascimento dos filhos, comprovantes de contas de água, luz e telefone.

AUTORIZAÇÃO JUDICIAL

Na inexistência de cônjuge/companheiro e parentes de primeiro e segundo grau, a autorização para doação por outros parentes somente poderá ser efetuada mediante autorização judicial.

DECRETO Nº9.175/2017.

A CET-Ceará tem um TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA com a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ para a avaliação de situações relacionadas à documentação e parentesco legal do potencial doador de órgãos e tecidos que envolva a necessidade de decisão judicial, podendo ser acionada sempre que necessário.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS

ATENÇÃO!
Preencher com letra legível e sem rasuras em quatro vias:

- 1ª via: prontuário
- 2ª via: CIHDOTT
- 3ª via: CET-Ceará
- 4ª via: PEFOCE, nos casos de morte por causas externas.

A data e a hora da morte a serem registradas deverão ser as do último exame realizado para a determinação da ME, registrada no Termo de Declaração de Morte Encefálica

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Pelo presente Termo de Autorização, eu _____ (Responsável pela doação)

(Identidade) _____ (Estado civil) _____ (Naturalidade) _____
residente _____ (Bairro) _____
do(a) _____
(cidade) _____ (parentesco) _____ (Nome do Doador) _____
(Naturalidade) _____ (Estado civil) _____ (Identidade) _____ (Data de Expedição) _____
CPF _____ internado no Hospital _____
nº do prontuário _____ em _____, tendo sido constatado sua morte encefálica/PCR
às _____ do dia _____ após exames clínicos e complementares, autorizo de livre e espontânea
vontade a doação dos órgãos e tecidos para fins de transplantes, nos termos da Lei Nº 9.434 de 4 de fevereiro de
1997, regulamentada pelo Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017 e Lei 10.211 de 23 de março de 2001.

(Assinatura do Responsável legal)

Caso a doação seja autorizada por parentes de segundo grau, será necessário especificar abaixo, as razões de impedimento dos familiares de primeiro grau.

TESTEMUNHAS

	Relação com doador:
1. Nome: _____	() Familiar
RG nº _____	() Profissional de saúde
Assinatura: _____	() Outros: _____
2. Nome: _____	Relação com doador:
RG nº _____	() Familiar
Assinatura: _____	() Profissional de saúde
	() Outros: _____

Fortaleza/CE, _____ de _____ de _____

SÁVEL: _____

Além do TERMO DE AUTORIZAÇÃO com as assinaturas do responsável legal e testemunhas, encaminhar à CET-Ceará cópia legível dos documentos do doador, dos responsáveis pela autorização e das testemunhas.

Neste espaço deverão estar circunstanciadas as razões de impedimento dos familiares de primeiro grau, caso seja utilizada autorização de parente de segundo grau.

Também aproveitar o espaço para registrar a opção da família em não doar algum órgão ou tecido específico.

DOAÇÃO NÃO EFETIVADA: SUSPENSÃO DO SUPORTE TERAPÊUTICO EM NÃO DOADORES

É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante.

RESOLUÇÃO CFM Nº1.826/ 2007

Constatada a ME, o médico tem autoridade ética e legal para suspender procedimentos de suporte terapêutico em uso e assim deverá proceder, exceto se doador de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano para transplante. Essa decisão deverá ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a ME aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

RESOLUÇÃO CFM Nº2.173/ 2017

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR - PARTE 14 (REGISTRO DO MOTIVO DA NÃO EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO)

14. CAUSA DA NÃO EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO		
Fechamento da notificação na CTX: __/__/__; __:__:__h; Profissional: _____		
Entrevista familiar: () Sim () Não Família favorável: () Sim () Não		
Motivo: _____		
() Parada cardíaca ____/____/____ ____:____h	Durante: () provas clínicas () após entrevista familiar () exame complementar () antes da entrevista familiar () Outros	Motivo: () instabilidade hemodinâmica () instabilidade respiratória () hipotermia () sedação
() Impossibilidade completar o diagnóstico ____/____/____ ____:____h	() instabilidade hemodinâmica () resposta a estímulo () drive respiratório	() exame complementa não compatível com ME (≥ 2 exames) () outro
() Sem condições clínicas	() sorologia positiva () infecção () comorbidade	() disfunção múltiplos órgãos () neoplasia () risco biológico
() Entrevista familiar	() negativa familiar () família não compareceu	() família não localizada () família se recusa a conversar
NEGATIVA FAMILIAR	() não era doador em vida () conflito familiar () tempo longo do processo () conflito familiar () exige conhecer receptor () não informado	() religião: _____ () família não aceita o diagnóstico () família não acredita no sistema () necessidade de transferência () atendimento hospitalar prévio insatisfatório () outro: _____
Responsável pelas Informações: _____ Data: __/__/__		

4.7 ORGANIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

O enfermeiro da CIHDOTT COMUNICA à CET-Ceará a autorização para a doação, encaminhando documentação atualizada pelo e-mail cncdo.ce@gmail.com

- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR com dados hemodinâmicos e exames atualizados e preenchimento do item 12 (antecedentes);
- ANEXO I – TRIAGEM PARA INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO POR COVID-19
- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS, com cópia dos documentos do doador, responsável legal e testemunhas.

O enfermeiro da CIHDOTT RECEBE da CET-Ceará a confirmação do horário do procedimento cirúrgico de remoção, com nome do anestesiológista responsável e equipes cirúrgicas participantes, bem como orientações sobre disponibilização de órgãos ou coleta de material para biopsia.

- O enfermeiro da CIHDOTT CONFIRMA A DISPONIBILIDADE DE SALA CIRÚRGICA com o enfermeiro do centro cirúrgico para o horário programado, garantindo a presença de equipe de enfermagem (instrumentador e circulante) e materiais cirúrgicos (kit de laparotomia exploratória, kit de cirurgia vascular, dois aspiradores);
- O enfermeiro da CIHDOTT COMUNICA À FAMÍLIA o horário previsto de início da remoção;
- O enfermeiro da CIHDOTT comunica ao setor onde o paciente encontra-se internado a previsão do horário da cirurgia para que seja providenciado material de transporte e continuação das medidas de manutenção. No momento do transporte até o centro cirúrgico, preferencialmente, o enfermeiro da CIHDOTT acompanhará o anestesiológista, colaborando com a monitorização e manutenção dos parâmetros hemodinâmicos.

COORDENAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA

Atribuições do enfermeiro da CIHDOTT na COORDENAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR	Preencher a PARTE 13 da FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR com os seguintes dados: Início e término do procedimento; nome de todos os profissionais das equipes de remoção; início e término da PERFUSÃO / ISQUEMIA FRIA; SOLUÇÃO utilizada na perfusão: ÓRGÃOS retirados.
JUSTIFICATIVA DE NÃO CAPTAÇÃO	No caso de órgãos ou tecidos descartados após avaliação no intraoperatório, solicitar o preenchimento, pelo cirurgião, da JUSTIFICATIVA DE NÃO CAPTAÇÃO e encaminhar à CET-Ceará.
CÓRNEAS	Comunicar o término da perfusão ao Banco de Olhos para que o técnico possa se dirigir ao centro cirúrgico;
DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS	Reter cópias das DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS de cada órgão / tecido removido (1ª via: prontuário; 2ª via: CIHDOTT; 3ª via: CET-Ceará; 4ª via: PEFOCE, se morte por causas externas).
RECONSTITUIÇÃO DO CORPO	Observar a adequada reconstituição do corpo, conforme Decreto Nº 9.175/2017 , que determina que “efetuada a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano e a necropsia, na hipótese em que seja necessária, o cadáver será condignamente recomposto, de modo a recuperar tanto quanto possível a sua aparência anterior.”
TÉRMINO DO PROCEDIMENTO	Comunicar à CET-Ceará quando estiverem disponíveis os materiais para biópsia renal, materiais (gânglios/baço) para exames de histocompatibilidade e caixas térmicas contendo os órgãos, para que seja providenciado o transporte dos mesmos, checando o correto acondicionamento e identificação de frascos e caixas térmicas.
LIBERAÇÃO DO CORPO	- Liberar o corpo para o necrotério, devidamente recomposto e identificado; - Comunicar à família o término do procedimento, informando quais órgãos foram removidos. Aproveitar o momento para agradecer novamente o gesto de solidariedade e disponibilizar-se para esclarecer mais alguma dúvida; - No caso de morte por causas externas, comunicar ao CIOPS o término do procedimento para que seja providenciado o transporte do corpo e encaminhar ao setor de segurança os documentos que deverão seguir para a PEFOCE/IML para necropsia: Termo de Declaração de Morte Encefálica; Termo de Autorização Familiar e Descrições Cirúrgicas de cada órgão retirado.
ÉTICA/RESPEITO	Zelar pelo silêncio, respeito e ética profissional de todos os envolvidos do início ao fim do procedimento de remoção.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR PARTE 13 (RETIRADA)

13. RETIRADA	
Reserva do Centro Cirúrgico: () Sim () Não	Responsável: _____
Previsão de: _____ h	Início: _____ CLAMPEAMENTO: _____ LÍQUIDO: _____
ÓRGÃOS RETIRADOS:	
ÓRGÃOS DESCARTADOS NO CENTRO CIRÚRGICO:	
EQUIPE CORAÇÃO:	
EQUIPE PULMÃO:	
EQUIPE FÍGADO:	
EQUIPE RIM:	
EQUIPE PÂNCREAS:	
EQUIPE CÓRNEAS:	
HORA DO TÉRMINO: _____	HORA DA COMUNICAÇÃO DO TÉRMINO À FAMÍLIA: _____ (Familiar: _____)
ANESTESISTA? _____	
EQUIPE DO CENTRO CIRURGICO: Enfermeira: _____ Instrumentadora: _____ Circulante: _____	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO:	

JUSTIFICATIVA DE NÃO CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS / TECIDOS

<u>JUSTIFICATIVA DA NÃO CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS/TECIDOS</u>	
Paciente:	
Hospital:	
<u>ÓRGÃOS NÃO CAPTADOS:</u>	
() PULMÃO () CORAÇÃO () FÍGADO () VÁLVULAS CARDÍACAS () _____	() RIM D() E() () Córneas () PÂNCREAS
<u>JUSTIFICATIVA:</u>	

Data ____ / ____ / ____
_____ MÉDICO(CRM)

DISPONIBILIZAÇÃO DE ÓRGÃOS

Em situações em que um ou mais órgãos não sejam utilizados pelas equipes locais, a CET-Ceará disponibilizará os órgãos para utilização em outros estados, por meio da Central Nacional de Transplantes.

O QUE DEVE CONTER NAS CAIXAS TERMICAS?

Apesar de as caixas serem preparadas pelo enfermeiro da equipe de remoção, recomenda-se que o enfermeiro da CIHDOTT verifique o atendimento às seguintes recomendações:

Acondicionamento de cada órgão disponibilizado em uma caixa térmica, individualmente.

Cada caixa térmica deverá conter, além do órgão, amostras sanguíneas (frasco da tampa rosqueada cor roxa e frasco da tampa rosqueada cor amarela ou vermelha). No caso de disponibilização do RIM, além das amostras sanguíneas deve conter amostras de gânglios e baço.

A caixa térmica deve ter afixada os ANEXOS DE DISPONIBILIZAÇÃO (I, II, III, IV). No caso de disponibilização do Rim, deve ser afixado também o RELATÓRIO DE EXTRAÇÃO RENAL, cujo preenchimento são de responsabilidade das equipes de remoção.

TRANSPORTE / ARMAZENAMENTO

Ao final do procedimento, o enfermeiro da CIHDOTT comunicará à CET-Ceará, que encaminhará o motorista para transportar as caixas térmicas contendo os órgãos para o centro transplantador responsável pela remoção, onde serão mantidos até definição do aceite e destino dos órgãos.



5. REGISTROS E EDUCAÇÃO PERMANENTE

EM RELAÇÃO AOS REGISTROS, CABE À CIHDOTT:

Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doença;

Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados e apresentar mensalmente os relatórios à CNCD, conforme Anexo 19 do Anexo I: FORMULÁRIO I, II e III.

NO TOCANTE À EDUCAÇÃO, COMPETE À CIHDOTT:

Responsabilizar-se pela EDUCAÇÃO PERMANENTE dos funcionários da instituição sobre ACOLHIMENTO FAMILIAR e demais aspectos do PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES;

Implementar programas de qualidade e BOAS PRÁTICAS relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº4/2017

FORMULÁRIO I - RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA CIHDOTT PARA POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO DE TECIDOS (PÓS PCR)

FORMULÁRIO I
RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES CIHDOTT
POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO DE TECIDOS (PÓS PCR)
OCORRÊNCIA DE ÓBITOS Turno: _____ Data: ____/____/____

	Nome do Paciente	Idade	Causa Básica do Óbito	Responsável pelo Paciente e Telefone	Setor	Doação tecidos		Causa Não Doação
						Sim	Não	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

Causa da Não-Efetivação da Doação em PCR:

RECUSA DOS FAMILIARES	CONTRAINDICAÇÃO MÉDICA	PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS
001 Desconhecimento do desejo do potencial doador	009 Sorologia Positiva HIV	019 Equipe de retirada não disponível
002 Doador contrário à doação em vida	010 Sorologia Positiva HTLV	020 Família não localizada
003 Familiares indecisos	011 Sorologia Positiva Hepatite B	021 Deficiência estrutural da instituição
004 Familiares desejam o corpo inteiro	012 Sorologia Positiva Hepatite C	022 Sem identificação
005 Familiares descontentes com o atendimento	013 Acima do tempo máximo para retirada	023 Outros
006 Receio de demora na liberação do corpo	014 Portador de infecção grave	
007 Convicções religiosas	015 Portador de neoplasia	
008 Outros	016 Sem diagnóstico conhecido	
	017. Fora da faixa etária	
	018. Outras	

Comentário: Assinatura do Responsável _____

FORMULÁRIO II - RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA CIHDOTT – NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

FORMULÁRIO II
RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES CIHDOTT
NOTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM MORTE ENCEFÁLICA (ME)
Turno: ____ Data: ____ / ____ / ____

	Nome do Possível Doador	Idade	Causa da Morte	Responsável pela identificação	Setor	Potencial Doador			Doador Elegível		Doador Efetivo/Real		Doador De Órgãos Implantados		Doador Multiorgânico	
						Avaliação Clínica	Avaliação Complementar									
						1ª	2ª	Tipo de Exame	Hora	Respons. pelo Exame	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

Causa da Não Efetivação da Doação:

RECUSA DOS FAMILIARES	CONTRAINDICAÇÃO MÉDICA	PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS
001 Desconhecimento do desejo do potencial doador	011 Sorologia Positiva HIV	019 Equipe não disponível
002 Doador contrário à doação em vida	012 Sorologia Positiva HTLV	020 Família não localizada
003 Familiares indecisos	013 Infecção grave	021 Deficiência Estrutural da Instituição
004 Familiares desejam o corpo íntegro	014 Portador de neoplasia	022 Sem identificação
005 Familiares descontentes com o atendimento	015 Parada cardiorrespiratória	023 Outros

006 Receio de demora na liberação do corpo	016 Fora da faixa etária	
007 Convicções religiosas	017 Outras doenças crônico-degenerativas	
008 Incompreensão da ME	018 Achados transoperatórios	
009 Favoráveis à doação apenas após PCR		
010 Outros		

Definições:

POSSÍVEL DOADOR: indivíduo em coma aperceptivo (o status neurológico escore 3 da escala de Glasgow).
POTENCIAL DOADOR EM MORTE ENCEFÁLICA: indivíduo em morte encefálica diagnosticada pelo primeiro exame clínico.
DOADOR ELEGÍVEL EM MORTE ENCEFÁLICA: indivíduo em morte encefálica já diagnosticada sem contra-indicações conhecidas.
DOADOR EFETIVO OU REAL DE TECIDOS: indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante.
DOADOR EFETIVO OU REAL DE ÓRGÃOS: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada.
DOADOR DE ÓRGÃOS IMPLANTADOS: doador de quem se implantou pelo menos um órgão.
DOADOR MULTIORGÂNICO ÓRGÃOS IMPLANTADOS: doador do qual foram removidos pelo menos dois órgãos diferentes para fim de transplantes.

Comentário: Assinatura do Responsável _____

FORMULÁRIO III - RELATÓRIO MENSAL DAS ATIVIDADES DA CIHDOTT

FORMULÁRIO III
RELATÓRIO MENSAL DAS ATIVIDADES DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES - CIHDOTT
Mês / Ano: ____ / ____
Total de Óbitos

Faixa Etária	PCR		ME		Nº de óbitos por ME notificados à CIHDOTT	
	n	%	N	%	Turno	n
Faixa etária					Manhã (7h - 13h)	
Menor de 2 anos					Tarde (13h - 19h)	
> 2 até 18 anos					Noite (19h - 7h)	
> 18 até 40 anos					PCR - Parada Cardiorrespiratória ME - Morte Encefálica	
> 40 até 60 anos						
> 60 até 70 anos						
> 70 anos						
Total		100		100		

Óbitos com Parada Cardiorrespiratória:

	n	%
Total de óbitos hospitalares		100
Entrevistas realizadas		(Entrevistas realizadas / Óbitos hospitalares x 100)
Entrevistas não realizadas		(Entrevistas não realizadas / Óbitos hospitalares x 100)

Consentimento Familiar		(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas		(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

Causas da não Efetivação da Doação de Tecidos:

Relacionadas à Entrevista Familiar	n	Motivos Médicos	n
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa base do óbito	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Familiares descontentes com o atendimento		Tempo máximo para retirada ultrapassado	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Trauma com lesão do tecido a ser doado	
Outros		Outras condições impeditivas	

Aspectos Logísticos ou Estruturais	n
Equipe de retirada não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

FORMULÁRIO III - RELATÓRIO MENSAL DAS ATIVIDAS DA CIHDOTT - CONTINUAÇÃO

Óbitos em Morte Encefálica:

	n	%
Total de ocorrências		100
Entrevistas realizadas		(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica x 100)
Entrevistas não realizadas		(Entrevistas não realizadas / Óbitos em morte encefálica x 100)
Consentimento Familiar		(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas		(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

Causas da Não-Efetivação da Doação de Órgãos:

Relacionadas à Entrevista Familiar	N	Motivos Médicos	n
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa da morte	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Familiars indecisos		Sorologia positiva	
Familiars desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Não entendimento do diagnóstico de ME		Instabilidade hemodinâmica	
Familiars descontentes com o atendimento		Parada cardíaca	
Receio de demora na liberação do corpo		Infecção grave	
Convicções religiosas		Outras condições impeditivas	
Outros			

Aspectos Logísticos ou Estruturais	n
Equipe de retirada de órgãos não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de especialistas	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de equipamentos	
Familiars não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

Atividades de Educação e Divulgação:

Atividade	Quantidade	Datas
Palestras		
Campanhas		
Reuniões		
Entrevistas à imprensa		
Capacitações		

Assinatura do Coordenador Intra-Hospitalar

REFERÊNCIAS

ALENCAR, L. P. Elaboração e validação de um instrumento de acolhimento direcionado às famílias enlutadas e a possibilidade de doar órgão e tecidos para transplantes. 2018. 105f. Dissertação (Mestrado Profissional em Transplantes) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doação de órgãos: transplantes, lista de espera e como ser doador [2013-2021]. Brasília: 2021. Disponível em: www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da atenção especializada no contexto da pandemia de COVID-19. Brasília: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, junho de 2021.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF:2017.

BRASIL. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, DF: 2017.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC N° 55, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre as boas práticas em tecidos humanos para uso terapêutico. Brasília, DF: 2015.

BRASIL. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. Brasília, DF: 2001.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e dá outras providências. Brasília, DF: 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 611, de 30 de julho de 2019. Atualiza a normatização referente à atuação da equipe de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, e dá outras providências. Brasília, DF: 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo-consulta CFM nº 17/2018–Parecer CFM nº3/2019. EMENTA: A determinação de morte encefálica (DME) em paciente não identificado deve ser realizada, não podendo haver doação de órgãos. A temperatura axilar >35°C pode ser utilizada na DME obedecendo a critérios técnicos. Brasília, DF: 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução no 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios diagnósticos de morte encefálica. Brasília, DF: 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução no 1.826, de 24 de outubro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador. Brasília, DF: 2007.

GARCIA, C.D.; GARCIA, V.D.; PEREIRA, J. D. (Org). Manual de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante. Porto Alegre: Libretos, 2017. 220p. [LINK](#)

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. 3. ed. Curitiba: SESA/SGS/CET, 2018. 64p. [LINK](#)

SEGOVIA, C.; SERRANO, M. Comunicação em Situações Críticas. 3. ed. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2019. 86p. [LINK](#)

WHESTPHAL, G. A. et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 28, n.3, p. 220-255, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0220.pdf>.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE