



Fundação Educacional do Município de Assis  
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

**IVANILDA ALVES DE OLIVEIRA RUBIRA**

**O PAPEL DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO E  
CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**

**Assis  
2011**

**IVANILDA ALVES DE OLIVEIRA RUBIRA**

**O PAPEL DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO E  
CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial a obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Elizete Mello da Silva.

**ASSIS  
2011**

## FICHA CATALOGRÁFICA

RUBIRA, IVANILDA ALVES DE OLIVEIRA.

O Papel da Comissão Intra-Hospitalar de Doação e Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante: Ivanilda Alves de Oliveira Rubira – Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2011.

92 PÁGINAS.

Orientador (a): Elizete Mello da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis.

1. Doação de órgãos, 2. Morte encefálica.

CDD:617.0592

Biblioteca da FEMA

# O PAPEL DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE.

IVANILDA ALVES DE OLIVEIRA RUBIRA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis como requisito do Curso de Graduação. Analisado pela seguinte comissão examinadora.

Orientador (a): \_\_\_\_\_  
Elizete Mello da Silva

Examinador (a) (1): \_\_\_\_\_  
Claudinéia Aparecida Pereira

**ASSIS**

**2011**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Cícero e Benedita, que me deram a vida e me ensinaram vivê-la com dignidade, amor e coragem. A minha irmã Idavania por todo carinho e apoio, ao meu marido Marcos e meu filho Samuel pelo amor incondicional e dedicação, estarão para sempre em meu coração. A vocês dedico esta conquista.

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Dra. Elizete Mello Silva, pela ajuda incansável. Sua confiança e orientação foram capazes de me fazer trilhar para um crescimento profissional. Orientador é a palavra ideal para defini-la: sob sua tutela vou guiar meus passos. Muito obrigada.

Aos professores da graduação e estágio, e os alunos do curso pelos ensinamentos e amizade. Muito obrigada.

A enfermeira Claudinéia Aparecida Pereira por todas as vezes que me orientou nas dúvidas e por sua dedicação e amor pela profissão. Obrigada.

A enfermeira mestranda Sylvania Carnielli Ramos pelos esclarecimentos iniciais para desenvolvimento deste trabalho. Obrigada.

E em especial a Enfermeira Ms Mariana Souza Santos por toda dedicação e apoio no direcionamento do tema escolhido, e por todas as vezes que se dispôs em tirar as dúvidas, e também por todo seu amor e dedicação no que faz como profissional. Obrigada.

Primeiramente a Deus por cada dia vivido e um sonho realizado. Pela minha família e amigos. Obrigada.

A meus pais Cícero e Benedita, por todo apoio que me deram e fizeram da minha vida a sua vida, e devo a eles por tudo que sou hoje. Obrigada por existirem na minha vida. Amo vocês.

Ao meu marido Marcos, sempre companheiro e cúmplice de todos os momentos da minha vida, obrigada pelo seu amor incondicional e paciência durante esse período. Amo você.

Ao meu filho Samuel que com toda pureza de uma criança iluminou meus caminhos para que eu pudesse trilhar sem medo e cheia de esperança, a minha irmã Idavania pelo afeto e apoio.

## RESUMO

A presente pesquisa abordou a importância da comissão intra-hospitalar de doação e captação de órgãos e tecidos para transplante. Nesse âmbito centralizamos a discussão sobre a legislação e diretrizes vigentes no que diz respeito ao protocolo de doação, à morte encefálica e as mudanças fisiológicas do doador e a seleção dos receptores. Dentro desse enfoque, destacamos o papel do enfermeiro e suas competências na abordagem perante a família do doador e no cumprimento do protocolo.

**Palavras-chave:** Doação e Captação de Órgãos, Comissão Intra-Hospitalar de Doação e Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante, Morte Encefálica, Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The present research approaches the important Intra hospital Commission on Organs transplant donation organs and capitation of organs and Tessie for transplant. This scope centralized the discuss about the legislation and current guidelines for donation protocol, brain death and donor's physiological change selection of recipients. Under this approach we highlight role of nurses and their skills in the approach towards the donor's family and in compliance with the protocol.

Key words: Donation and capitation of organs, Commission on Organs transplant donation organs, Brain death, Nursing.

## Lista de Abreviaturas e Siglas

**SNT** - Sistema Nacional de Transplante.

**CNNCDO** - Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.

**CNCDO** - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.

**OPO** - Organização de Procura de Órgãos.

**CIHDOTT** - Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

**CFM** - Conselho Federal de Medicina.

**ME** - Morte Encefálica.

**EEG** - Eletro encefalograma.

**TCE** - Traumatismo Crânio-encefálico.

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral.

**mmHg** - Milímetro de mercúrio.

**SIADH** - Secreção de hormônio antidiurético.

**PaO<sub>2</sub>** - Pressão Parcial Arterial de Oxigênio.

**PaCO<sub>2</sub>** - Pressão Parcial Arterial de Gás Carbônico.

**O<sub>2</sub>** - Oxigênio.

**PCO<sub>2</sub>** - Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no Sangue Arterial.

**SaO<sub>2</sub>** - Saturação Arterial de Oxigênio.

**PIC** - Pressão Intra-Craniana.

**SPECT** - Tomografia por Imissão de Fóton Único.

**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica.

**Mg/dl** - miligrama por decilitro.

**AVCI** - Acidente Vascular Cerebral isquêmico.

**AVCH** - Acidente Vascular Cerebral hemorrágico.

**PA** - Pressão Arterial.

**PVC** - Pressão Venosa Central.

**TSV** - Taquicardia Supra Ventricular.

**EV** - Extra- Sístole Ventricular.

**A-V**- Arteriovenoso.

**T3** –Triiodotironina.

**T4** - Tetraiodotironina.

**TSH** - Hormônio Estimulador da Tireóide.

**PEEP** - Pressão positiva Expiratória Final.

**ABO** - Classificação dos tipos de sangue.

**HLA** - Antígeno leucocitário humano.

**HIV** - Vírus da imunodeficiência Adquirida.

**CMV** - Citomegalovírus.

**TGO** - Transaminase Glutâmico Oxalacética.

**TGP** - Transaminase Glutâmico Pirúvica.

**AP** - Atividade de Protrombina.

**TTPA** - Tempo de Tromboplastina Parcial Ativa.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. A MORTE ENCEFÁLICA E A LEGISLAÇÃO VIGENTE.....</b>	<b>15</b>
2.1. LEGISLAÇÃO.....	15
2.2. MORTE ENCEFÁLICA NO CONTEXTO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....	18
2.3. MORTE ENCEFÁLICA.....	19
2.3.1 DIAGNÓSTICOS DE MORTE ENCEFÁLICA.....	20
2.4 EXAME NEUROLÓGICO.....	22
2.4.1 EXAMES COMPLEMENTARES DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA.....	26
2.4.2 AVALIAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS.....	27
<b>3. SOBRE O DOADOR E A CAPTAÇÃO.....</b>	<b>29</b>
3.1 MANUTENÇÃO DO DOADOR.....	29
3.1.2 ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS.....	30
3.1.3 ALTERAÇÕES HIDROLETROLÍTICAS.....	31
3.1.4 TEMPERATURA.....	32
3.1.5 ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS.....	32
3.1.6 ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DA GLICOSE.....	32
3.1.7 ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO.....	33
3.1.8 VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO.....	33

3.1.9 COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS.....	33
3.2 SELEÇÃO DOS RECEPTORES.....	34
3.3 CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.....	34
3.3.1 ÓRGÃOS E TECIDOS QUE PODERÃO SER DOADOS CONFORME O TEMPO DE RETIRADA E PRESERVAÇÃO FORA DO CORPO.....	35
<b>4. A COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS.....</b>	<b>35</b>
4.1 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR.....	35
4.2 ENTREVISTA FAMILIAR.....	39
4.3 CONSENTIMENTO.....	40
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>44</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente existem milhares de pessoas aguardando por um transplante de órgãos, e veem que este tratamento melhora a qualidade de vida, mesmo havendo a necessidade de tomar medicamentos para o resto da vida, ainda assim acreditam que esta doação seja a única alternativa para sobreviver, e se não houver doadores não haverá transplantes.

As leis brasileiras passaram por várias mudanças para assegurar uma doação de órgão justa para as pessoas que necessitam, sendo assim, muitas pessoas se tornaram doadoras, mas esse número ainda é pequeno diante da procura pelo transplante.

Cada vez mais o Ministério da Saúde se empenha nas campanhas sobre doação de órgãos, a intenção é informar a população quanto à importância do belo ato de doar, e uma sociedade sensibilizada e consciente da realidade de muitas pessoas que precisam desse tipo de tratamento certamente facilita na compreensão da importância do tema e no sentido verdadeiro do ato de doar, que é dar vida a quem necessita.

É importante destacar a importância do papel da comissão intra-hospitalar de doação e captação de órgãos e tecidos para transplante, esta comissão é devidamente treinada e capacitada para identificar um potencial doador e sua manutenção, é responsável em agilizar o diagnóstico de morte encefálica, uma melhor abordagem da família e também contatar a central de transplante, Departamento Médico Legal, em caso de morte violenta, comunica as equipes para captação dos órgãos e faz o agendamento do procedimento cirúrgico para a retirada dos órgãos e devolução do corpo para família.

Para essa comissão a busca é ativa na procura de doadores potenciais nas UTIs, durante o dia ou noite e sabem o quanto é fundamental um bom relacionamento com a equipe das UTIs para que eles não os vejam como “urubus” a procura de doadores, e sim se tornarem parceiros efetivos nesta busca incansável e atitude tão nobre que cabe a essa comissão intra-hospitalar.

Nesse sentido dividimos o presente trabalho de pesquisa em três momentos. Após essa introdução, abordamos na segunda parte da monografia a questão da legislação que se refere a história da doação no Brasil chegando as diretrizes legais na atualidade, bem como a discussão e a definição sobre a delicada caracterização a respeito da morte encefálica.

Dando sequência ao tema, no terceiro capítulo analisamos o cuidado na manutenção do doador destacando as alterações fisiológicas e a seleção dos receptores. Esclarecendo assim, a prática da captação de órgãos e tecidos e quais são os órgãos possíveis de doação conforme o tempo de retirada e preservação fora do corpo.

Finalizamos a pesquisa ressaltando o papel da comissão intra-hospitalar de doação e captação de órgãos e tecidos para transplante. Diante desse enfoque, priorizamos o papel do enfermeiro dentro da respectiva comissão e, sua delicada função perante a família do potencial doador no consentimento para doação. Entre os demais profissionais que atuam nessa missão de conscientizar as pessoas envolvidas durante o processo de permissão, captação e doação de órgãos, destaca-se a função do enfermeiro responsável em viabilizar o protocolo de transplante de forma ética e humanizada.

## **2.A MORTE ENCEFÁLICA E A LEGISLAÇÃO VIGENTE**

### **2.1 LEGISLAÇÃO**

Segundo o Programa de Atualização em Medicina PROAMI (2007, p.71,93) a legislação brasileira passou por várias mudanças nos últimos anos, em meados dos anos 60 iniciou medidas de normatização dos transplantes, porém só houve um melhor controle deste processo de doação e captação de órgãos em 1997, onde surgiu a lista de espera através da instituição da lei 9.434(anexo I), a qual determinou a criação de órgãos federais e estaduais, os hospitais deveriam possuir mais recursos da função de procurador ativo desses órgãos.

Segundo a Constituição de 1988, no artigo 199 e parágrafo 4°, é proibida a comercialização de órgãos:

A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento; bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Sem dúvidas a lei precisa ser rigorosa, até mesmo para deixar a população mais tranqüila, as pessoas temem que seus órgãos sejam comercializados.

Como prevê a lei 5.479 de 1968, no seu artigo 3º “A permissão para o aproveitamento, referida no art.1º, efetivar-se-á mediante a satisfação de uma das seguintes condições:

I- Por manifestação expressa da vontade do disponente;

II- Pela manifestação expressa da vontade, através de instrumento público, quando se tratar de disponentes relativamente incapazes e analfabetos;

III- Pela autorização escrita do cônjuge, não separado, e sucessivamente, de descendentes e colaterais, ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos”.

Lei 9.434 de 1997 define como doador o indivíduo que caso não tenha se manifestado ao contrário, conforme artigo 4º.

”salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta lei presume-se autorizado a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem”.

A medida provisória 1.959 de 23 de junho de 2.000, artigo 4º da lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1.997, passa a vigorar após acrescido do seguinte parágrafo:

”Na ausência de manifestação de vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente á doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção”.

Em outubro de 2.000 foi criada outra medida provisória, determina ainda o fim da validade de registrar a vontade de ser doador na Carteira de Identificação Civil e da Carteira Nacional de habilitação, sua validade se perderia após o dia 1º de março de 2.001.

E a lei 10.211 março 2.001(anexo II), diz que só será permitida a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplante ou para outra finalidade terapêutica, com a autorização do cônjuge ou parente com capacidade civil, obedecendo à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau e em documento subscrito por duas testemunhas presentes á confirmação da morte.

A lei em vigor atualmente é dita consentida e não mais presumida, ou seja, para doar os órgãos deve ser abordada e consentida pelos familiares do paciente, mesmo que não tenha feito nenhuma manifestação da sua vontade em vida.

A “Organização e controle de transplante” começou a fazer parte das pautas do governo federal com a criação da lei 9.434, 1.997, e também ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT), Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos (CNNCDO) e vinte e duas centrais estaduais, (Centrais de Notificação), Captação e Distribuição de órgãos (CNCDO).

Existem no Estado de São Paulo duas centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos: CNCDO 1, responsável pela capital, grande São Paulo, Vale do Ribeira e litoral; a CNCDO 2, é responsável pelo interior do estado.

Sendo que a CNCDO 1 é subdividida em quatro Organizações de Procura de Órgãos (OPO ), e a CNCDO 2 é subdividida em seis Organizações de Procura de Órgãos (OPO ), todas vinculadas à hospitais universitários.

Recentemente a portaria nº 1.752/GM de 23 de setembro de 2.005(anexo III), determina que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos que possuir mais de oitenta leitos devem ter Comissões Intra-Hospitalares de Doação de órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), e em 2.006 através da portaria nº: 1.262(anexo IV) é aprovado o regulamento técnico para as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos das CIHDOTTs.

## **2.2 MORTE ENCEFÁLICA NO CONTEXTO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA**

A lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1.997, artigo 3º, delega ao Conselho Federal de Medicina (CFM) a competência para definir os critérios diagnósticos de morte encefálica (ME), em território brasileiro. E com esta determinação o CFM editou a resolução 1.480/97 que está em vigor até hoje, esta resolução considera que a parada total e irreversível do encéfalo equivale à morte, no Brasil a ME é a morte de “todo o encéfalo”-hemisférios cerebrais, tronco encefálico e cerebelo, tendo que ser comprovada a perda irreversível destas funções para o diagnóstico de morte encefálica.

Para esta comprovação deverão ter duas avaliações clínicas e mais exames complementares, a qual é estabelecida por lei para cada faixa etária:

- Sete dias a dois meses incompletos: 48 horas;
- Dois meses incompletos a um ano incompletos: 24 horas;
- Um ano a dois anos incompletos: 12 horas;
- Acima de dois anos: 6 horas.

Estas avaliações deverão ser realizadas e assinadas por médicos que não façam parte da equipe de transplantes e também um desses médicos deverá ser neurologista. Os exames complementares para a constatação de ME não poderá deixar nenhuma sombra de dúvidas, e devendo constar:

- Ausência de atividade elétrica cerebral ou;
- Ausência de atividade metabólica no cérebro ou;
- Ausência de perfusão no cérebro.

A legislação brasileira aponta para estes fins alguns exames:

- Doppler transcraniano;
- Angiografia cerebral;
- EEG;
- Cintilografia radioisotópica;
- Monitorização da pressão intracraniana;
- Tomografia por emissão de fóton único;
- Tomografia cerebral com xenônio;
- Tomografia por emissão de pósitrons;
- Extração cerebral de oxigênio.

A lei respalda a utilização de outros exames complementares desde que julgarem necessário, e que preencham os requisitos e também descritos pelo médico no termo de declaração de morte encefálica.

Em crianças de dois meses a um ano incompletos é obrigatório fazer dois eletroencefalogramas, em intervalos de 24 horas entre os exames;

Nas crianças de sete dias a dois meses incompletos, será obrigatória a realização de dois eletroencefalogramas com 48 horas de intervalo entre um e outro.

E se a criança tiver de um a dois anos incompletos poderá ser realizado qualquer desses exames, mas se o exame escolhido for o eletroencefalogramas deverá ser repetido depois de 12 horas.

Finalizado o diagnóstico e o exame complementar, será esta a hora da morte, o Termo de Declaração de Morte Encefálica mais os exames complementares deverão ser devidamente preenchidos, assinados e arquivados ao prontuário do paciente.

### **2.3 MORTE ENCEFÁLICA**

Segundo o Conselho Federal de Medicina, na resolução CFM nº 1.346/91, " a morte encefálica é a parada total e irreversível das funções encefálicas, e de causa conhecida e constatada de maneira indiscutível". Para se declarar um paciente em ME é

necessário definir qual é a causa do coma, enfim, a causa da morte deverá ser conhecida e definida, e o diagnóstico ME é de notificação compulsória e obrigatória, conforme a lei vigente determina.

Algumas causas de dano cerebral irreversível: traumas crânio-encefálico (TCE), acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico ou hemorrágico e encefalopatia anóxia pós-parada cardiopulmonar.

### **2. 3.1 DIAGNÓSTICOS DE MORTE ENCEFÁLICA**

O potencial doador deverá passar pela confirmação do diagnóstico de morte encefálica, e como já citado anteriormente esse diagnóstico é de notificação compulsória e realizado através do Termo de Declaração de Morte encefálica, conforme estabelecido pelo artigo 13º da lei 9.434/97, esses critérios foram estabelecidos segundo a resolução 1.480/97 do CFM (anexo V).

Após o médico identificar a causa da morte encefálica, deverá suspender toda medicação curarizante e/ou sedativo, e manter o suporte hemodinâmico pressão arterial sistólica em torno de 90 mmHg, e não deverá existir intoxicação exógena e hipotermia.

Ao iniciar o protocolo de ME, o médico deverá manter o suporte até que seja comprovada a impossibilidade técnica ou recusa da doação, mas essa abordagem é detectada somente pela equipe de transplante e não pelo médico assistente.

Em hipótese alguma um paciente desconhecido caracterizado em morte encefálica, poderá ter seus órgãos doados sem o consentimento da família, o hospital através da assistência social, deverá identificar o indivíduo e encontrar sua família.

A próxima etapa após detecção da ME seguindo os critérios estabelecidos pelo CFM, o médico assistente da Unidade de Terapia Intensiva e/ou diretor clínico do hospital, deverá informar à central de captação de órgãos, e a equipe de transplantes ou um dos membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e devidamente treinados deverá realizar a abordagem da família para a possibilidade de doação dos órgãos, e enfim, definir se a doação poderá ser realizada.

O médico deverá iniciar vários exames clínicos e complementares para confirmar a suspeita de ME e respeitar os intervalos de tempo conforme a faixa etária, se a suspeita se confirmar deverá ser preenchido o registro dos dados no Termo de Declaração de Morte Encefálica, de modo rigoroso e assinado por dois médicos diferentes, e que não façam parte da equipe de transplantes, e em seguida anexado ao prontuário e também o laudo do exame complementar.

Segundo a resolução CFM 1.480/97: "as instituições hospitalares podem acrescentar algum item ao termo, desde que aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição".

Para constatação de morte encefálica alguns parâmetros clínicos devem ser observados: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia, os exames complementares devem demonstrar sem sombra de dúvidas ausência de atividades elétrica ou de atividade metabólica e/ou ausência de perfusão sanguínea ausência cerebral.

Segundo o artigo 9º da resolução do CFM:

" constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor Clínico da Instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e á Central de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado".

## 2.4 EXAME NEUROLÓGICO

O protocolo deve ser iniciado tendo como base quatro pré-requisitos:

- Evidência clínica ou neuroimagem, onde poderá constar lesão aguda cerebral e que seja compatível com a suspeita de ME, como já citado a causa do dano encefálico deve ser conhecida, neste caso a tomografia computadorizada de crânio é muito útil para o diagnóstico, também poderá ser necessário a coleta de liquor para o auxílio da etiologia.
- Exclusão de distúrbios hidreletrolíticos, ácido-básicos ou endócrinos. Distúrbios de sódio e eletrólitos são comuns, sendo necessária sua correção. Pode ocorrer síndrome inapropriada de secreção de hormônio antidiurético (SIADH), ou, a síndrome perdedora de sal- Cerebral Salt Wast Syndrome.
- Exclusão de intoxicação exógena (drogas ou envenenamento). É possível observar através da dosagem de substâncias no sangue se possível ou observar o paciente num período que corresponda á quatro vezes a meia-vida de eliminação da droga. Se não for conhecida a tal substância, deve-se observar o paciente por um período de 48 horas, esse período pode determinar qualquer mudança no exame neurológico.
- Exclusão de hipotermia, se a temperatura estiver abaixo de 35°C poderá ocorrer abolição de reflexos e rebaixamento do nível de consciência.

O exame neurológico tem como objetivo demonstrar ausência de atividade cerebral cortical e também ausência de atividade do tronco encefálico, esses achados são: coma aperceptivo, ausência de reflexos, e apnéia diante de hipercarbica.

Coma aperceptivo, o paciente não reage a estímulos externos, não há percepção de si mesmo, nem movimentos voluntários e nem ciclo sono-vigília; é a perda total da consciência. Na escala de coma de Glasgow a pontuação três; ausência de abertura ocular, ausência de resposta motora e verbal. Para que não haja erro de diagnóstico em pacientes com lesões medulares altas, deve-se estimular o paciente nos membros e face.

Ausência de reflexos de tronco encefálico deve-se encontrar ausência de reflexos pupilares, corneano, oculocefálico (reflexo de "olhos de boneca"), e reflexo vestibulo-coclear (provas calóricas) e de tosse.

Reflexo fotomotor, reação á luz (reflexos pupilares) observa-se pupilas midriáticas bilaterais, chamada também de pupilas tectais, causadas por lesão no mesencéfalo, e pupilas médio-fixas que ocorrem como característica de herniação transtentorial central. Reflexo córneo-palpebral, nesse reflexo estimula-se levemente a córnea na porção superior, utilizando lenço de papel ou algodão, para avaliar a função do ramo oftálmico do nervo trigêmeo, nesse estímulo o paciente deve estar olhando para cima, e o estímulo de baixo ou lateralmente, resposta normal é o "pisca", em paciente em morte encefálica o esperado é a ausência de resposta bilateral.

Reflexo óculo-cefálico abre-se as pálpebras fazendo a rotação da cabeça numa direção (direito-esquerdo, superior-inferiormente), devendo ter como resposta normal o desvio dos olhos para o sentido contrário. Na ME ocorre à presença de "olhos de boneca", os olhos se movem para o lado do movimento.

Reflexo de tosse pode ser realizado através da aspiração traqueal desse paciente, mas sem tracionar o tubo orotraqueal.

Reflexo vestibulo-cóclea, é realizado a prova calórica através do canal auditivo para retirar o cerume ou qualquer outra condição que possa dificultar a realização do exame; em seguida aplica 50ml de soro fisiológico ou água fria (temperatura entre 0°C e 8°C) no conduto auditivo, e manter a cabeça do paciente elevada a 30°, e se observa a resposta:

- Paciente vígil, observa-se nistagmo com fase rápida em sentido oposto ao do estímulo frio;
- Indivíduo comatoso, mas com funções de tronco encefálico intactos, há desvio tônico do olhar para o lado desse estímulo frio;
- Na morte encefálica, não há qualquer movimento dos olhos, o olhar é fixo.

Devem-se realizar os testes do reflexo bilateralmente e observar a resposta por 1 minuto, e para realizar do outro lado deve aguardar 5 minutos.

Teste da apnéia observa através deste teste a integridade da região ponto-bulbar, mas antes deve observar a estabilidade hemodinâmica do paciente, (ausência de hipotensão e/ou arritmias), se há uma boa oxigenação e ventilação, deve realizar higiene brônquica através da aspiração, e se há ausência de distúrbios hidreletrolíticos. Para a primeira gasometria primeiramente o paciente é ventilado com oxigênio a 100% por 10 minutos, o  $\text{PaO}_2$  do paciente deverá ser superior a 200mmHg e a de  $\text{PaCO}_2$  em torno de 40mmHg (entre 35mmHg e 45mmHg). Se o valor de  $\text{PaO}_2$  e  $\text{PaCO}_2$  estiverem nos valores desejáveis então desconecta-se o tubo traqueal do respirador e no mesmo tempo insere cateter de  $\text{O}_2$  com um fluxo de 6L/min., este deve-se estar localizado em nível da Carina. Caso a gasometria arterial não atingir valores de  $\text{PaCO}_2$  desejável, deve adequar a ventilação alterando os parâmetros do respirador; os valores de  $\text{PaO}_2$  e  $\text{PaCO}_2$  iniciais devem ser respeitados caso contrário o teste de apnéia oferecerá riscos ao paciente, ou então, dificultará a interpretação dos resultados; sabendo que em média há uma elevação de 3mmHg na  $\text{PaCO}_2$  em cada minuto de apnéia, 10 minutos é o tempo de observação, após realiza uma segunda gasometria arterial. Se considera o teste positivo se houver elevação da  $\text{pCO}_2$  acima de 55mmHg na segunda gasometria e houver ausência de movimentos torácicos ou do abdômen ao final dos 10 minutos.

O teste é considerado negativo se a  $\text{pCO}_2$  da segunda gasometria arterial for menor que 55mmHg, mesmo não havendo movimento respiratório nenhum, caso haja movimento respiratório o teste é interrompido imediatamente e dado como negativo, o paciente não está em morte encefálica.

Os únicos registros laboratoriais do exame neurológico clínico são as gasometrias arteriais que são colhidas antes e após o teste de apnéia, e devem ser anexados ao prontuário e também ao termo de declaração de morte encefálica.

Mesmo após de constatada ME através do coma aperceptivo, ausência de atividade motora supra-espinhal e o teste positivo de apnéia, poderá ocorrer uma reatividade infra-espinhal por causa da atividade reflexa medular; os sinais clínicos são

- Reflexos osteotendinosos;
- Reflexos cutâneo-abdominais;
- Reflexo cremastérico superficial ou profundo;
- Reflexo cutâneo - plantar em flexão ou extensão;
- Arrepio;
- Ereção peniana reflexa;
- Reflexo tônico cervical;
- Reflexos flexores de retirada dos membros inferiores e superiores.

Podem ocorrer nestes pacientes movimentos bizarros, que são denominados lazaróides, mas estes fenômenos não invalidam os testes que foram realizados.

### 2.4.1 EXAMES COMPLEMENTARES DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

Esses exames ajudam no diagnóstico de ME, mas não substitui o exame clínico, o qual faz parte obrigatória do protocolo instituído no Brasil, de maneira geral tais exames avaliam a atividade eletrofisiológica, metabólica ou circulatória do cérebro.

Idade	Exames complementares
Maiores de 2 anos	Exames que mostrem ausência de atividade elétrica, metabólica ou perfusão cerebral
1 ou 2 anos incompletos	Dois EEGs com intervalo de 12 horas
2 meses a 1 ano incompletos	Dois EEGs com intervalo de 24 horas
7 dias a 2 meses incompletos	Dois EEGs com intervalo de 48 horas entre um ou outro

Fonte: resolução nº 1.480, 8 de agosto de 1.997

O eletroencefalograma (EEG) é o mais escolhido para o diagnóstico ME para as crianças abaixo de 2 anos, e deve se mostrar isoelétrico por 30 minutos.

A morte encefálica normalmente é acompanhada da elevação da pressão intracraniana (PIC), por causa do edema, e quando a PIC exceder a pressão arterial sistêmica irá ocorrer uma interrupção do fluxo sanguíneo no cérebro.

Existem testes que podem analisar o fluxo sanguíneo, tais como: Cintilografia radioisotópica, angiografia cerebral, monitorização de pressão intracraniana, Doppler transcraniano, tomografia computadorizada, tomografia por emissão de fóton (SPECT), angiorressonância magnética; drogas, distúrbios metabólicos e hipotermia não influenciam nesses exames.

Angiografia cerebral é exame padrão-ouro para detectar a morte encefálica, mas produz riscos de transporte do paciente crítico para outro setor do hospital, para o setor de radiodiagnóstico, para o exame o paciente deverá ser monitorizado rigorosamente, porque a instabilidade hemodinâmica é freqüente. Paciente em ME após avaliar a circulação anterior e posterior, observa-se ausência de perfusão sanguínea cerebral, e na angiorressonância magnética as imagens são semelhantes.

Doppler transcraniano é mais barato, rápido e seguro podendo ser realizado á beira do leito, porém, o profissional deve ser especializado para tal, o Doppler é capaz de achar diagnóstico compatível com a morte encefálica, sendo eles: fluxo diastólico reverso ou ausente, velocidade sistólica reduzida e picos sistólicos.

Cintilografia de perfusão cerebral só é disponível em alguns serviços, utiliza-se radiofármaco (tecnécio 99) se distribui conforme o fluxo sanguíneo regional cerebral, na morte encefálica observa-se o "sinal do crânio vazio" o radiofármaco se encontra ausente na região do cérebro.

#### **2.4.2 AVALIAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS**

Esta avaliação é realizada pela equipe de transplantes através dos exames laboratoriais: tipagem sanguínea, hemograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, coagulograma (AP e TTPA), transaminases (TGO, TGP), bilirrubinas (total e frações), fosfatase alcalina, amilase, sorologias para hepatite B e C, HIV, CMV, sífilis, toxoplasmose, doença de chagas.

A avaliação clínica será realizada pela Comissão Intra-Hospitalar de Transplante ou profissionais da Central de Transplantes, onde serão convocadas as equipes de captação, caso a situação clínica for limítrofes, a decisão para aceitação do doador cabe as equipes transplantadoras.

Patologias que contra-indicam a doação de órgãos:

- Doenças degenerativas crônicas e com possibilidade de transmissão;
- Neoplasia maligna, exceto tumor restrito ao Sistema Nervoso Central, carcinoma basocelular e carcinoma de colo uterino in situ;
- Sepses ou insuficiência de múltiplos órgãos;
- Doença de Creutzfeld-jacob (doença da vaca louca);
- Doenças infecciosas transmissíveis através do transplante como, HIV, doença de chagas, hepatite B e C, e todas as contra-indicações para a doação de sangue;
- Insuficiência renal, hepática, cardíaca, pancreática e medular.

Também devem ser considerados outros critérios no momento da indicação da remoção de órgãos e tecidos, tais como:

- Idade e peso;
- Diabetes mellitus;
- Hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Condições hemodinâmicas;
- Neoplasias malignas.

A criança potencial doadora com peso inferior a 15 kg, só após avaliação clínico-cirúrgica poderão ter seus órgãos utilizados, considerando também a disponibilidade do receptor e condições técnicas para realizar o transplante. E doadores acima de 65 anos seus órgãos só poderão ser utilizados após uma avaliação clínica adequada, tendo conhecimento das doenças associadas, sistêmicas ou específicas de cada órgão que poderá ser retirado, nesse caso é necessário realizar biópsia renal por congelamento pré-transplante, é descartado o enxerto quando houver mais de que 15% de esclerose.

Diabetes mellitus, doadores com DM se não apresentarem insuficiência renal, com creatinina superior a 1,5mg/dl podem doar órgãos identificados em ME, mas deverá ser avaliado o tempo de evolução da doença mais exame físico incluindo a avaliação vascular periférica, fundo de olho e também biópsia renal por congelamento.

Hipertensão arterial sistêmica (HAS), também pode ser utilizado os órgãos desses indivíduos caso não apresentem insuficiência renal prévia ME, independe a causa da morte, acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), hemorrágico (AVCh); mas o tempo de evolução da HAS não pode ser superior a 10 anos. O mesmo critério para avaliação clínica do paciente diabético vale para o HAS, avaliação vascular periférica, fundo de olho e biópsia renal por congelação.

Condição hemodinâmica, pacientes que apresentarem choque persistente por mais de 12 horas e não responde às medidas terapêuticas clássicas não podem ser doadores, porém todo o demais estado de instabilidade hemodinâmica transitória independe do valor de creatina, se sua função renal prévia inicial estiver adequada após avaliação clínica, os órgãos poderão ser utilizados.

Neoplasias malignas, os pacientes portadores de tumores malignos não poderão ser doadores, exceto as neoplasias de pele localizada, câncer de colo uterino in situ e tumores primários do Sistema Nervoso Central (exceto do meduloblastoma e glioblastoma multiforme).

### **3. SOBRE O DOADOR E A CAPTAÇÃO**

#### **3.1 MANUTENÇÃO DO DOADOR**

Segundo Knobel (2006, p.544, 550) relata que paciente com o diagnóstico de ME, e caso tenha o consentimento da família, o objetivo primeiramente será a manutenção do doador, através da perfusão e oxigenação dos órgãos. Os profissionais que trabalham com doação de órgãos e tecidos devem ter conhecimento das alterações fisiológicas que podem ocorrer nos órgãos e sistemas em um paciente em ME, para que esses fatores não atrapalhem na sobrevivência do paciente (receptor) ou enxerto (órgãos ou tecido transplantado).

### 3.1.2 ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS

Hipotensão arterial é freqüente, e sua causa pode ser devida o tratamento prévio ao dano no cérebro, ou as alterações devido a ME: a hipovolemia, a diurese osmótica, e hipotermia, e também função miocárdica deteriorizada e lesão de ponte cerebral (centro vasomotor). Para que um transplante de certo a pressão de perfusão dos órgãos do doador deverá ser adequada, como manter a pressão arterial (PA) sistólica acima de 100mmHg, e a expansão volêmica se baseia em alguns parâmetros, tais como: pressão venosa central, ressecamento de pele e mucosas, diurese, temperatura e análises laboratoriais. Poderá utilizar:

Para manter o hematócrito em torno de 30%, utiliza-se sangue total ou concentrado globular, para fins de manter oxigênio e não deixar que aumente a viscosidade do sangue;

Porém, soluções glicosadas se excedido o nível poderá levar a hiperglicemia (poliúria e desidratação intracelular) e também a hiponatremia dilucional, por isso deve monitorizar o potássio e magnésios séricos;

A hipernatremia grave poderá ocorrer devido à restrição hídrica causada por soluções cristalóides de sódio com osmoralidade elevada. Casos assim é mais seguro usar a solução de Ringer Lactato porque suas concentrações de sódio são menores.

Caso a PVC se manter corrigida ( $= 12\text{cmH}_2\text{O}$ ) e se a PA sistólica estiver abaixo de 100mmHg, deverá iniciar o uso de drogas vasoativas. Como: Dopamina, Norepinefrina. Se fizer alta dose e por tempo prolongado de catecolaminas poderá comprometer a qualidade do órgão para transplante.

Hipertensão arterial é fato nas primeiras horas de ME, decorrente do aumento da pressão intracraniana e também progressiva isquemia cerebral. É comum ocorrer hipertensão e bradicardia (reflexo de Cushing), e em seguida taquicardia, arritmia cardíaca (TSV, EV), e no eletrocardiograma alterações do segmento ST, para tratar se faz uso de preferência nitroprussiato de sódio.

Arritmias, no traumatismo crânio encefálico e acidente vascular cerebral normalmente aparecem às arritmias, alterações do segmento ST e onda T, e também graus variáveis de bloqueio arteriovenosas (A-V).

Em caso de bradicardia com repercussão hemodinâmica, se inicia infusão endovenosa de dopamina, caso o quadro não melhore, administrar drogas simpaticomiméticas (isoprenalina, 1 a 3mcg/Kg/min.), ou então, faz uso da epinefrina, mas mantém a infusão de dopamina em dose dopaminérgica. Também podem ocorrer outras arritmias (supra e ventricular). Poderão ocorrer também distúrbios de condução por alterações eletrolíticas, hipotermia, hipovolemia, hipoxemia, alterações miocárdicas (contusões, isquemias), iatrogenias (drogas inotrópicas). Para esse tratamento deve-se tratar a causa e também usar drogas antiarrítmicas (amiodarona e lidocaína). A principal causa de arritmia ventricular pode ser a hipotermia.

A Parada cardíaca deverá utilizar as manobras de reanimação, sem fazer punções intracardíacas, e nesse caso é ineficaz utilizar atropina. A parada cardíaca é comum em mais de 10% dos doadores.

### **3.1.3 ALTERAÇÕES HIDROLETROLÍTICAS**

Por ser frequentes deve monitorizar os níveis séricos de potássio, magnésio, sódio, cálcio e fósforo também os níveis urinários de sódio e potássio, essas alterações necessitam correção para se evitar arritmias e alterações hemodinâmicas.

Os distúrbios do potássio poderão ocorrer por: hipopotassemia por inadequada oferta, e perda (digestiva e renal), alcalose metabólica e também administração de insulina; hiperpotassemia devido o excesso de potássio nos soros de manutenção, destruição tecidual (politrauma), acidose metabólica, hemólise e insuficiência renal;

Distúrbios do sódio ocorrem por: hiponatremia devido o sódio ser ofertado inadequadamente, administrar soluções hipoosmóticas, perdas digestiva e renal, devido também a síndrome inapropriada de hormônios antidiuréticos; o excesso de sal causa a hipernatremia e diabetes insipidus. Deve-se manter a diurese de 1 ml/Kg/h no adulto e na criança 2ml/Kg/h.

A poliúria deverá ser tratada (>3 a 4 ml/Hg/h), enquanto a Oligúria (< 0,5ml/Kg/h). Caso a PA esteja adequada e pressão venosa central (PVC) igual ou maior que 12cmH<sub>2</sub>O, deverá usar furosemida 20 a 60mg por via endovenosa e solução de manitol a 20% em dose de 0,25 a 0,50g/Kg.

### **3.1.4 TEMPERATURA**

Na morte encefálica desaparecem os mecanismos hipotalâmicos centrais de termoregulação, por isso ocorre alteração da temperatura. Os pacientes precisam ser monitorizados e tentar manter a temperatura corporal acima de 35°C, caso precise aquecer o ambiente (para 23°C a 24°C), pode ser utilizados mantas térmicas se disponível, lâmpadas elétricas próximas do corpo, compressas úmidas e quentes, também administração de líquidos e sangue aquecidos, se não for contra-indicado.

### **3.1.5 ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS**

Segundo a literatura, a queda dos hormônios tireoidianos na morte encefálica é igual em pacientes graves como politrauma, sepse e queimaduras; é chamada de "síndrome do eutioideo doente", onde o T3 é baixo, T3 reverso alto e T4 baixo ou normal e o TSH normal.

A diabetes insipidus ocorre porque há a falência dos núcleos hipotalâmicos e/ou da neuro-hipófise que não sintetiza ou então não secreta o hormônio antidiurético.

### **3.1.6 ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DA GLICOSE**

Múltiplos fatores em paciente com ME podem levar a hiperglicemia, tais como: drogas inotrópicas, liberação ou infusão de catecolaminas, infusão de açúcares (glicose, dextrose), corticoterapia e hipotermia, e para tratá-la inclui a insulina endovenosa contínua (em bomba de infusão), acrescenta doses em bolus conforme a monitorização da glicemia, esta deverá ser mantida entre 140 e 200mg/dl.

### **3.1.7 ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO**

Tais alterações ocorrem por perdas sanguíneas, transfusões (com sangue estocado), hipotermia ou na liberação contínua dos agentes fibrinolíticos nos tecido cerebral isquêmico ou necrótico. Para tratar é utilizado concentrado de glóbulos para manter o hematócrito mínimo em 30%. O plasma fresco ou concentrado de plaquetas é utilizado em caso de sangramento com o coagulograma alterado, mas só se necessário.

### **3.1.8 VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO**

As autoras Cintra, et al na obra “Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo” (2008,p. 443,446) relatam que todos potenciais doadores a ventilação mecânica é necessária a fim de se manter a oxigenação sistêmica adequada, e também controle do acidobásico.

O volume-minuto respiratório deverá ser ajustado para se manter o pH arterial de 7,4 e a PaCO<sub>2</sub> entre 35 a 40mmHg. Se houver acidose metabólica deverá ser utilizado bicarbonato de sódio. A oxigenação suplementar será para manter a PaO<sub>2</sub> em torno de 100mmHg ou SaO<sub>2</sub> superior que 95%. Frações inspiradas de O<sub>2</sub> devem ser menores possíveis para não ocorrer atelectasias pulmonares e esse pulmão não poderia ser utilizado. Se necessário o PEEP deverá ser cuidadosamente utilizados porque em níveis elevados poderão surtir efeitos deletérios no retorno venoso e débito cardíaco, o que agravaria a instabilidade hemodinâmica, o nível de PEEP não poderá ser superior que 5cmH<sub>2</sub>O.

### **3.1.9 COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS**

Na ME esses pacientes poderão apresentar infecções respiratórias secundárias devido à broncoaspiração ou a ventilação mecânica prolongada. As lesões traumáticas (abdome, tórax e fraturas ósseas) poderão proporcionar infecções locais. Também os cateteres intravasculares, sonda vesical, sonda nasogástrica e o cateter de monitorização, a PIC poderá ser uma porta de entrada para microorganismos e causar sepse neste doador.

Caso haja suspeita ou infecção documentada poderá utilizar antibioticoterapia, porém, não deverão ser utilizados antibióticos nefrotóxicos.

### **3. 2 SELEÇÃO DOS RECEPTORES**

Segundo o Programa de Atualização em Medicina Intensiva PROAMI (2007, p. 112, 113) todos os pacientes indicados para transplante de órgãos e tecidos de cada estado do país são inscritos num Software do Sistema Nacional de Transplantes-SNT, cada central de transplante estadual tem em seus computadores a chamada Lista Única Nacional de Receptores. A notificação de um potencial doador é enviada da Central de Transplantes para SNT através do Software que registra a informação e procura os receptores compatíveis, e segue alguns critérios: como a data da inscrição desse paciente na Central de Transplante, os receptores mais antigos na Lista Única tem prioridade, e a Compatibilidade sanguínea do sistema ABO, do sistema HLA, a compatibilidade física como peso e altura e as prioridades e urgências.

### **3 .3 CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

As equipes médicas que são responsáveis pelos receptores selecionados são comunicadas através da Central de Transplantes para que possam se dirigir aos respectivos hospitais no horário estabelecidos para realizar o transplante. É fundamental a organização do processo de transplante, porque nem sempre o receptor se encontra no mesmo local que o potencial doador, e cada órgão têm seu tempo de preservação extracorpórea, e se ultrapassar esse tempo os órgãos não poderão ser utilizados.

### **3.3.1 ÓRGÃOS E TECIDOS QUE PODERÃO SER DOADOS CONFORME O TEMPO DE RETIRADA E PRESERVAÇÃO FORA DO CORPO**

**Coração:** retirado do doador antes da parada cardíaca e mantido fora do corpo de 4 a 6 horas;

**Pulmão:** retirado antes da parada cardíaca e mantido fora do corpo de 4 a 6 horas;

**Rins:** retirado até 30 minutos pós- parada cardíaca e mantido fora do corpo por até 48 horas;

**Fígado:** retirado antes da parada cardíaca e mantido fora do corpo até 12 a 24 horas;

**Pâncreas:** retirado antes da parada cardíaca e mantido fora do corpo até 12 a 24 horas;

**Córneas:** retirado até 6 horas pós-parada cardíaca, seu tempo de preservação é de até 7 dias;

**Ossos:** retirado até 6 horas pós-parada cardíaca, seu tempo de preservação é de até 5 anos;

**Pele:** retirado até 6 horas pós-parada cardíaca, seu tempo de preservação é de até 5 anos;

**Valva cardíaca:** retirado até 10 horas pós-parada cardíaca, seu tempo de preservação é de até 5 anos;

## **4. A COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS**

### **4.1 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR**

.A portaria ministerial 905, de 2000 (anexo VI); determina a obrigatoriedade da existência de uma comissão intra-hospitalar de transplante para classificar as unidades de tratamento intensivo (UTI). A comissão deverá ser composta de no mínimo três profissionais de nível superior, e o médico ou enfermeiro será o coordenador.

Esta comissão é responsável em organizar todo processo de captação de órgãos, onde identificará o potencial doador e a sua manutenção, agilizar o diagnóstico de ME e abordagem familiar do potencial doador, também o contato com a Central de Transplante, Departamento Médico Legal (DML), contado com as equipes que irão retirar os órgãos e agendamento do procedimento cirúrgico para retirada dos órgãos, transplante e a devolução do corpo para família realizar o funeral.

Ainda a portaria de nº 1.752/GM define que todos os hospitais com mais de oitenta leitos deverão ter sua comissão intra-hospitalar de transplantes, e também a portaria nº 1.262 determina que seus integrantes não possam fazer parte das equipes de transplantes ou da retirada, também não poderão participar do diagnóstico de morte encefálica, todos os processos de doação e suas etapas não deverão ultrapassar 18 horas. O sucesso do processo de doação depende de uma equipe treinada e também entusiasmada com as suas atividades, porque a busca de órgãos é ativa, sendo extremamente necessário a monitorização permanente nas UTIs para que possam identificar pacientes que possivelmente evoluirão para ME e iniciar os cuidados a esse potencial doador, e não deixar os órgãos se deteriorizar não sendo possível a utilização deles, por isso o intensivista neste momento é primordial. Se confirmado a ME e se não houver contra-indicação formal para a doação, segue todo o protocolo de doação e a abordagem da família.

Mas qual seria o momento da abordagem da família? O médico intensivista informa o diagnóstico explicando sobre a morte encefálica e permitindo que os familiares esclareçam suas dúvidas, então é dado um tempo para essa família, só depois outra equipe faz a solicitação de doação de múltiplos órgãos.

Os autores Domingos, et al na obra “Doação e Captação de Órgãos de Pacientes com morte encefálica”( 2010, p. 208 ) relatam a importância do enfermeiro e a equipe multiprofissional no processo de doação e captação de órgãos, pois muitos pacientes vêem o transplante como uma esperança de vida, por isso toda a equipe é muito importante para os cuidados prestados na prática assistencial e de boa qualidade ao paciente.

A portaria nº1.262 de 16 junho de 2006 regulamentou as atribuições, deveres e indicadores de eficiência para essa Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

## **REGULAMENTO TÉCNICO**

### **Da Estrutura:**

Art. 1º A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

§ 2º Os membros da Comissão não devem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica.

§ 3º O coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dos Estados ou Distrito Federal, validado pelo SNT.

Portanto, essa comissão tem um papel fundamental para estimular a notificação de pacientes com morte encefálica, devendo ainda ter um bom relacionamento com os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para se conseguir parceiros efetivos nesta busca.

O enfermeiro deverá informar os dados de identificação deste paciente e características no desenvolvimento de todo processo da doação, é de suma importância a notificação

do potencial doador à CNCDO e as equipes de transplantes. Também este enfermeiro marca o horário da cirurgia para retirar os órgãos, comunica as equipes de transplantes e de enfermagem do centro cirúrgico, ainda informa qual órgão serão captados e cabe ele orientar a equipe de enfermagem os cuidados do potencial doador em relação o pré-operatório e preenchimento correto do prontuário e dos impressos, tais como: ficha de identificação do doador, autorização do familiar e o protocolo de ME.

Segundo o Plano Estadual de Transplantes de 2006, relatam ainda que as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs) permitem uma melhor organização do processo de doação e captação de órgãos, ainda são capazes de identificar potenciais doadores, são treinados para uma melhor entrevista familiar, essa comissão deverá ser formada por ato formal da Direção de cada Hospital, e precisa ser vinculada com a diretoria médica da instituição e tendo que ser composta por no mínimo três membros integrantes de seu corpo funcional, onde um deverá ser Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, este deverá ter o Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalar de Transplante com seu certificado emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

A CIHDOTT deverá ter plena autonomia nas suas atividades, contendo um Regimento interno próprio, devendo realizar reuniões periódicas e registrado em ata e disponível para fiscalização da Gerência de Transplantes, também é responsável por todo registro de todos os casos de possíveis doadores com o diagnóstico de ME.

O hospital deverá possuir área física para o funcionamento da CIHDOTT e ter equipamentos adequados, definindo a carga horária dos membros desta instituição, o hospital deverá informar a Gerência de Transplantes a criação da CIHDOTT ou qualquer alteração na sua composição, e cabe a Gerência de Transplantes manterem atualizado o cadastro dessas comissões junto ao SNT.

## 4.2 ENTREVISTA FAMILIAR

Os autores Tatiana H. Rech, Édison Moraes Filho, na obra "Entrevista Familiar e Consentimento" de 2007, relatam que esse é um momento extremamente delicado, porque a família acaba de perder um ente querido, esta abordagem poderá ser feita por um médico, psicólogo, enfermeiro ou por assistente social, mas estes profissionais devem ser devidamente capacitados para tal e não fazer parte da equipe que atendeu este paciente durante o tempo que ficou internado no hospital.

O encontro com o familiar do potencial doador deverá acontecer em um ambiente calmo, tranquilo e que tenha acomodações para todos da família e amigos que queiram participar.

Antes da entrevista é preciso ter certeza que a família tenha realmente entendido que seu parente morreu, e nesse momento dar abertura para que as pessoas possam falar do seu familiar, do fato ocorrido, assim se sentirão mais acolhidos. O entrevistador não deve ter pressa porque a família ainda está assimilando a informação da perda e deve deixá-los falar sem cortes.

O responsável pela entrevista pode começar o assunto perguntando o que o paciente pensava sobre doação ou se era doador de órgãos, é preciso explicar para família todas as etapas de doação, e também que órgãos podem ser doados ou não, e a família pode voltar atrás da decisão a qualquer momento, mesmo com o termo de consentimento assinado. Devendo ainda explicar que não há mutilação e desfiguração do corpo e que todo procedimento é feito no centro cirúrgico, e que também não terá nenhum custo financeiro para família.

A resposta não precisa ser dada no momento da entrevista, a família terá um tempo para se reunirem para a tomada de decisão e qualquer que seja a resposta será respeitada, não devendo se sentir obrigado ou culpado por não doar, pois a doação é opcional e não obrigação ou mesmo coerção. A família deverá ter certeza que qualquer que seja sua decisão será a mais correta para eles.

### **4.3 CONSENTIMENTO**

A recusa da família continua sendo uma das principais razões para a não captação de órgãos, e por também não conhecer o desejo do seu familiar de ser doador, não esquecendo as questões religiosas, culturais e emocionais envolvidas no momento da perda também interfere na decisão. Levando em conta tudo o que foi citado mais a insatisfação do atendimento prestado no hospital provavelmente se negarão a fazer a doação.

O entrevistador deverá ser muito compreensivo e ter uma postura cordial com a família, pois assim os familiares se sentirão mais confortáveis para a tomada da decisão. Estudos mostram que famílias bem informadas, orientadas e esclarecidas sobre a verdadeira finalidade do ato de doar se tornam mais propensas ao consentimento. É claro que, sendo expresso para família o desejo de doar os órgãos, é muito provável que a família atenda o desejo desse ente querido mesmo com a dor da perda.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No Brasil a taxa de doação de órgãos e tecidos, apesar do relativo aumento a cada ano, ainda é pequena para atender a demanda daqueles que necessitam do transplante. Sabemos que um único potencial doador em boas condições poderá beneficiar a mais de dez pacientes, mas para tal procedimento a família deverá ser bem orientada e a equipe treinada e capacitada para a abordagem e cumprimento do procedimento.

As leis dos transplantes passaram por várias mudanças desde seu início. A autorização da retirada de órgãos e tecidos de pessoa falecida dependerá do diagnóstico de morte encefálica e do posterior consentimento do conjugue ou parente de maior idade. Ainda poderá estar presente um médico de confiança da família para acompanhar a constatação de morte encefálica, se por acaso não estiver nenhum parente presente não é autorizada a retirada de tais órgãos.

Segundo a portaria nº 1.752/GM de 23 de setembro de 2005, determina que, para a implantação de uma comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante, todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos necessitam de no mínimo uma infra estrutura de oitenta leitos e profissionais da saúde qualificados para o procedimento.

Nessa perspectiva, o presente trabalho foi uma tentativa de contribuir para a divulgação da importância da comissão intra-hospitalar durante o processo de captação de órgãos, e as dificuldades encontradas pela comissão para seguir o protocolo, e com a falta de informação dos familiares em relação a morte encefálica e doação de órgãos e tecidos. Destacamos a equipe de enfermagem por ter um papel muito importante, pois permite uma melhor organização do processo de captação de órgãos, identificam os potenciais doadores, e são treinados para fazer a abordagem da família e seguem rigorosamente o protocolo.

## REFERÊNCIAS

1. CARDOSO, Fernando Henrique; GREGORI, José; SERRA, José. **Lei nº 10.211 de 23 de Março de 2001**. Disponível em: [WWW.ufrgs.br/bioetica/lei10211.htm](http://WWW.ufrgs.br/bioetica/lei10211.htm). Acesso em: 9 de setembro de 2011.
  
2. CARDOSO, Fernando Henrique; JOBIM, Nelson A.; ALBUQUERQUE, Carlos César de. **Lei nº 9.434 de fevereiro de 1997**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei9434.htm>. Acesso em: 9 de abril de 2011.
  
3. CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ED.** São Paulo – SP. Editora Atheneu 2008.
  
4. CUIABANO, Roseli Seror. **Morte encefálica no contexto de doação de órgãos**. Ano 2010. 64 páginas. Monografia. 4 Estações Instituto de Psicologia de Cuiabá - MT Disponível em: [www.saude.mt.gov.br/upload/documento/107/morte-encefalica-no-contexto-de-doacao-de-orgaos-\[107-040211-ses-mt\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/107/morte-encefalica-no-contexto-de-doacao-de-orgaos-[107-040211-ses-mt].pdf) Acesso em 5 out.2011.
  
5. DOMINGOS, Geyza Regina; BOER, Lyziane de Almeida; POSSAMAI, Fabrício Paganí. **Doação e captação de órgãos de pacientes com morte encefálica**, 2010. Escola Superior de Criciúma – ESUCRI - SC. Disponível em: <http://www.esucri-univer.com.br/sites/esucri/artigo2enfermagemv9n4fabriciopaganipossamai.pdf> Acesso em: 22 agosto. 2011.
  
6. GUETTI, Nancy Ramos; MARQUES, Isaac Rosa. **Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica**. Revista Brasileira de Enfermagem V.61 nº 1. São Paulo jan/fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>. Acesso em: 11 jul. de 2011.
  
7. KNOBEL, Elias; LASELVA, Cláudia Regina; JUNIOR, Denis Faria Moura. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo – SP. Editora Atheneu, 2006.
  
8. MESQUITA, Waldir Paiva; NETO, Antônio Henrique Pedrosa. **Resolução nº 1.480, de 8 de Agosto de 1997 – Conselho Federal de Medicina Critérios para a Caracterização de Morte Encefálica**. Disponível em: [WWW.ufrgs.br/bioetica/cfmmorte.htm](http://WWW.ufrgs.br/bioetica/cfmmorte.htm). Acesso em: 9 de setembro de 2011.

9.ORTIGA, Ângela Maria Blatt; PAULI, Carla; SILVA, Fernando Berthier da; BORTOLUZZI, Gentila; FUNK, Isabel Cristina Bertuol; ANDRADE, Joel de; GUESSER, Juliana; VIEIRA, Justino de Lima; GUCKERT, Marcus Aurélio; ANDRADE, Selma Regina de; ZANETTE, Silvana; MACHADO, Douglas C.; SILVA, Élcio; RIGO, Juliana R. C.; JUNGES, Lizandra. Secretaria da Saúde: **Plano estadual de transplantes – Santa Catarina**,2006.[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano\\_transplante/plano\\_estadual\\_transplante\\_sc.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano_transplante/plano_estadual_transplante_sc.pdf) Acesso em: 24 agosto. 2011.

10.RECH, Tatiana H; FILHO, Édison Moraes Rodrigues. **Entrevista familiar e consentimento**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. V.19 n1. Porto Alegre jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a11v19n1.pdf>> Acesso em: 11 jul. 2011.

11. SARAIVA, Felipe. **Portaria nº 1.752/GM de 23 de setembro de 2005**. Disponível em:<http://www.sindmedicos.org.br/juridico/portariaGM1752ministrodasauddedoacaodeorgaos.pdf>. Acesso em 23 de agosto de 2011.

12. SILVA, José Agenor Álvares da. **Portaria MS nº 1.262, de 16 de junho de 2006 – DOU 19.06.2006**. Disponível em: [http://www.adote.org.br/pdf/portaria\\_1262.pdf](http://www.adote.org.br/pdf/portaria_1262.pdf). Acesso em: 23 de agosto de 2011.

13. SERRA, José. **Portaria nº 905/GM em 16 de Agosto de 2.000**. Disponível em: [WWW.transplantes.pe.gov.br/arquivos/portaria\\_905\\_card.doc](http://WWW.transplantes.pe.gov.br/arquivos/portaria_905_card.doc). Acesso em: 23 de agosto de 2011.

## **ANEXOS**

### **I. LEI Nº 9.434 4 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.

#### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

#### **CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 1º.** A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

**Parágrafo único.** Para os efeitos desta Lei não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o esperma e o óvulo.

**Art. 2º.** A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médicas-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema único de Saúde.

**Parágrafo único.** A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação, segundo dispõem a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

## **CAPÍTULO II**

### **DA DISPOSIÇÃO POST MORTEM DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE**

**Art. 3º.** A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

**§ 1º** Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, Parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º, 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º; e 10º, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

**§ 2º.** As instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

**§ 3º** Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

**Art. 4º** Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem.

**§ 1º** A expressão "não-doador de órgãos e tecidos" deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável na Carteira de identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição.

**§ 2º** A gravação de que trata este artigo será obrigatória em todo o território nacional a todos os órgãos de identificação civil e departamentos de trânsito, decorridos trinta dias da publicação desta Lei.

§ 3º O portador de Carteira de Identidade Civil ou de Carteira Nacional de Habilitação emitidas até a data a que se refere o parágrafo anterior poderá manifestar sua vontade de não doador de tecidos, órgãos ou partes do corpo após a morte, comparecendo ao órgão oficial de identificação civil ou departamento de trânsito e procedendo à gravação da expressão "não-doador de órgãos e tecidos".

§ 4º A manifestação de vontade feita na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação poderá ser reformulada a qualquer momento, registrando-se, no documento, a nova declaração de vontade.

§ 5º No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes, quanto à condição de doador ou não, do morto, prevalecerá aquele cuja emissão for mais recente.

**Art. 5º** A remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais ou por seus responsáveis legais

**Art. 6º** É vedada as remoções post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

#### **7º (VETADO)**

**Parágrafo único.** No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necropsia.

**Art. 8º** Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais Para sepultamento.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA DISPOSIÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO**

**Art. 9º.** É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fins de transplante ou terapêuticos.

**§ 1º - (VETADO)**

**§ 2º - (VETADO)**

**§ 3º** Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou 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 saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

**§ 4º** O doador deverá autorizar, Preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

**§ 5º** A doação poderá ser revogada Pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

**§ 6º** O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

**§ 7º** É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

**§ 8º** O auto transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais

## **CAPÍTULO IV**

### **DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES**

**Art.- 10.** O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

**Parágrafo único.** Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

**Art. 11.** É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure:

- a)** publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;
- b)** apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada, identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único;
- c)** apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

**Parágrafo único.** Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema Único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

**Art. 12. (VETADO)**

**Art. 13.** É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

## **CAPÍTULO V**

### **DAS SANÇÕES PENAIS E ADMINISTRATIVAS**

#### **Seção I Dos Crimes**

**Art. 14.** Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei:

**Pena** - reclusão, de dois a seis anos, e multa de 100 a 360 dias-multa.

§ 1º Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe:

**Pena** - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa.

§ 2º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida,

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

**Pena** - reclusão, de três a dez anos, e multa de 100 a 200 dias-multa.

§ 3º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I - incapacidade permanente para o trabalho;

II - Enfermidade incurável;

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

**Pena** - reclusão, de quatro a doze anos, e multa de 150 a 300 dias-multa.

§ 4º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta morte:

**Pena** - reclusão, de oito a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

**Art. 15.** Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena- reclusão, de três a oito anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

**Parágrafo único.** Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou aufere qualquer vantagem com a transação.

**Art. 16.** Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei.

Pena-reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

**Art. 17.** Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

**Pena** - reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

**Art. 18.** Realizar transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

**Pena** - detenção, de seis meses a dois anos.

**Art. 19.** Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

**Pena** - detenção, de seis meses a dois anos.

**Art. 20.** Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto no art. 11:

**Pena** - multa, de 100 a 200 dias-multa.

## **Seção II Das Sanções Administrativas**

**Art. 21.** No caso dos crimes previstos nos art. 14, 15, 16 e 17, o estabelecimento de saúde e as equipes médicas cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizados temporária ou permanentemente pelas autoridades competentes.

**§ 1º** Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem direito a qualquer indenização ou compensação por investimentos realizados.

**§ 2º** Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas bem como se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

**Art. 22.** As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3º, § 1º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3º, § 2º, ao órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde, estão sujeitas a multas de 100 a 200 dias multa.

**§ 1º** Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13.

**§ 2º** Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

**Art. 23.** Sujeita-se às penas do art. 59 da Lei n.º 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11.

**CAPÍTULO VI**  
**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 24. (VETADO)**

**Art. 25.** Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei n.º 8.489, de 18 de novembro de 1992, e o Decreto n.º 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 4 de fevereiro de 1997; 176º da Independência 109º da República.

**Fernando Henrique Cardoso**  
**Nelson A. Jobim**  
**Carlos César de Albuquerque**

## II. 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".**

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** Os dispositivos adiante indicados, da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, passam a vigorar com a seguinte redação:

**"Art. 2º**.....

"Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigido em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde." (NR)

**"Art. 4º** A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte." (NR)

**"Parágrafo único. (VETADO)"**

**"Art. 8º** Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento." (NR)

**"Art. 9º** É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste

artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea." (NR)

**"Art. 10.** O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento." (NR)

**"§ 1º** Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais." (NR)

**"§ 2º** A inscrição em lista única de espera não confere ao pretense receptor ou à sua família direito subjetiva a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocado por acidente ou incidente em seu transporte." (NR)

**Art. 2º** As manifestações de vontade relativas à retirada "post mortem" de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perdem sua validade a partir de 22 de dezembro de 2000.

**Art. 3º** Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.083-32, de 22 de fevereiro de 2001.

**Art. 4º** Ficam revogados os §§ 1º a 5º do art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

**Art. 5º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de março de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

**José Gregori**

**José Serra**

### **III. PORTARIA Nº 1.752/GM DE 23 DE SETEMBRO DE 2005.**

Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando a 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 e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei supracitada;

Considerando a Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que altera dispositivos da Lei nº 9.434/1997;

Considerando a Portaria nº 3.407/GM, de 5 de agosto de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplante e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes;

Considerando a Portaria nº 92/GM, de 23 de janeiro de 2001, que reorganiza e estabelece os procedimentos destinados a remunerar as atividades de captação e transplante;

Considerando a Portaria nº 3.432/GM, de 12 de agosto de 1998, que estabelece os critérios de classificação e cadastramento de Unidades de Terapia Intensiva;

Considerando a Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Referência

Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências;

Considerando a Portaria nº 1.006/MS/MEC, de 27 de maio de 2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 1.702/GM, de 17 de agosto de 2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; 2

Considerando a necessidade de ampliar os avanços já obtidos na captação de órgãos e na realização de transplantes;

Considerando a necessidade de envolver, de forma mais efetiva e organizada, os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS no esforço coletivo de captação de órgãos, especialmente aqueles que disponham de Unidades de Tratamento Intensivo cadastradas como de tipo II e III, que sejam integrantes dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e/ou que realizem transplantes;

Considerando a necessidade de aprimorar o funcionamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, dotando-as de instrumentos que permitam sua melhor articulação com os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS; e

Considerando que a existência e o funcionamento de Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes permitem uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos

potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares, melhor articulação do hospital com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, e que, por fim, viabilizam uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos.

## **R E S O L V E:**

**Art. 1º** Determinar que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos constituam a Comissão Intra - Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

**§ 1º** A partir da publicação desta Portaria, a Comissão Intra - Hospitalar de Transplante passa a ser denominada Comissão Intra - Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante -

CIHDOTT.

**§ 2º** A Comissão de que trata este artigo deverá ser instituída, por ato formal da direção de cada hospital, estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dentre os quais 1 (um) designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.<sup>3</sup>

**§ 3º** O Coordenador da Comissão deverá ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes com certificado emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes ou pela

CNCDO do Estado.

**Art. 2º** Definir que a atribuição da CIHDOTT seja a de organizar a instituição hospitalar para que seja possível:

- I - detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;
- II - viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM sobre o tema;
- III - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- IV - articular-se com a Central de Transplante do Estado respectivo (CNCDO) para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- V - responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;
- VI - articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação; e
- VII - capacitar, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Sistema Nacional de Transplantes, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos.

**Art. 3º** Determinar que a CIHDOTT possua autonomia em suas

atividades.

**§1º** A Comissão deve criar Regimento Interno próprio, promover reuniões periódicas registradas em ata e disponíveis à fiscalização da CNCDO do Estado.

**§ 2º** A direção do Hospital deve prover área física constituída e equipamentos adequados para o funcionamento da CIHDOTT e definir carga horária dos membros da Comissão.4

**Art. 4º** Determinar como pré-requisito indispensável para que os estabelecimentos de saúde solicitem autorização para realização de transplantes de órgãos e tecidos, o efetivo funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

**Art. 5º** Determinar que a CIHDOTT tome ciência e promova o registro de todos os casos de possíveis doadores de órgãos e tecidos com diagnóstico de morte encefálica e/ou de parada cardiorrespiratória, mesmo que a doação não seja efetivada.

**Art. 6º** Determinar que os Hospitais informem à CNCDO à criação da CIHDOTT ou alteração na sua composição.

Parágrafo único. A CNCDO deverá manter atualizado junto ao Sistema Nacional de Transplantes - SNT o cadastro destas Comissões.

**Art. 7º** Nas unidades federativas onde não exista CNCDO constituída, as Secretarias Estaduais de Saúde devem acompanhar e

fiscalizar o funcionamento das referidas Comissões, e para efeito de doação de órgãos e/ou de tecidos, a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos assumirá as funções da CNCDO no gerenciamento do processo de doação e captação de órgãos.

**Art. 8º** O Regulamento Técnico das atribuições, responsabilidades e indicadores de eficiência, assim como os relatórios de atividade e sua periodicidade a serem divulgados e remetidos à CNCDO do Estado, será definido pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde, em um prazo de 60 (sessenta) dias a contar de publicação deste ato.

**Art. 9º** As instituições hospitalares terão um prazo de 90 (noventa) dias, a partir da publicação desta Portaria, para as adequações necessárias.

**Art. 10.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 11.** Fica revogado o art. 1º da Portaria nº 905/GM, de 16 de agosto de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 160-E, de 18 de agosto de 2000, Seção 1, página 119.

**SARAIVA FELIPE**

#### **IV. PORTARIA MS Nº 1.262, DE 16 DE JUNHO DE 2006 - DOU 19.06.2006**

Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e Considerando as disposições da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, e do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997;

Considerando a necessidade de ampliar os avanços já obtidos na captação de tecidos de doadores em parada cardiorrespiratória;

Considerando a Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, que determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

(CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos; e

Considerando a Portaria nº 1006/MS/MEC, de 27 de maio de 2004, e a Portaria nº 1.702/GM,

de 17 de agosto de 2004, referente à criação da reestruturação dos hospitais de ensino no

âmbito do Sistema Único de Saúde e a necessidade de organizar os indicadores e metas para

as diversas instituições, resolve:

**Art. 1º** Aprovar o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores

de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intrahospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), anexo a esta

Portaria.

**Art. 2º** Prorrogar, até 30 de junho de 2006, o prazo estabelecido no art. 9º da Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 196, de 27 de setembro de 2005, Seção 1, pág. 54 .

**Art. 3º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA**  
**ANEXO - REGULAMENTO TÉCNICO**

**Capítulo I**  
**DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS**  
**PARA**  
**TRANSPLANTE**

**Seção I Da Estrutura**

**Art. 1º** A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

**§ 1º** A Comissão de que trata este artigo deverá ser instituída por ato formal da direção de

cada hospital e estar diretamente vinculada à diretoria médica do estabelecimento.

**§ 2º** Os membros da Comissão não devem ser integrantes de equipe de transplante e/ou

remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica.

**§ 3º** O coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra - Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo Sistema

Nacional de Transplante (SNT) ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de

Órgãos dos Estados ou Distrito Federal, validado pelo SNT.

**§ 4º** Os coordenadores em exercício terão o prazo até 31 de dezembro de 2006 para se

adequarem à exigência do parágrafo anterior.

## **Seção II Das Atribuições**

**Art. 2º** Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:

**I** - articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou

Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;

**II** - identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação

do possível doador de órgãos e/ou tecidos;

**III** - articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de

doação e captação de órgãos e tecidos;

**IV** - organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de

doação de órgãos e tecidos;

**V** - garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;

**VI** - promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento

para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos;

**VII** - disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no

hospital.

**Art. 3º** Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante,

em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO):

- I - avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;
- II - definir, juntamente com o diretor médico do estabelecimento de saúde, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;
- III - definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela Portaria nº 1.702//GM de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital;
- IV - adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;
- V - promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e
- VI - estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

### **Seção III Das Responsabilidades**

**Art. 4º** A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante tem os seguintes deveres:

- I - elaborar regimento interno e manual de atribuições, rotinas e responsabilidades;
- II - manter os registros de suas atividades (relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações etc, conforme modelos nos Anexos I e II);
- III - arquivar e guardar adequadamente documentos do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros, de acordo com a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997;

**IV** - apresentar mensalmente os relatórios a CNCDO, conforme modelo no Anexo III;

**V** - supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família e responsabilizar - se pela guarda e conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva CNCDO;

**VI** - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição;e

**VII** - promover, nos estabelecimentos autorizados para realização de transplantes de órgãos e/ou tecidos, o acompanhamento dos indicadores de eficiência da atividade dos serviços de transplante, relacionados com sobrevida e qualidade de vida de pacientes transplantados e encaminhar essas informações a CNCDO.

#### **Seção IV Dos Indicadores de Potencial de Doação da Instituição e de Eficiência no Desempenho das Atividades**

**Art. 5º** Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

**I** - número de leitos;

**II** - taxa de ocupação;

**III** - tempo médio de hospitalização;

**IV** - número de hospitalizações;

**V** - número de leitos de UTI e existência de respiradores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;

**VI** - taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;

**VII** - número total de óbitos;

**VIII** - taxa de mortalidade em UTI;

**IX** - número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a CNCDO;

**X** - notificações a CNCDO de potenciais doadores de tecidos;

**XI** - no caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte

encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;

**XII** - número de doações efetivas de córneas;

**XIII** - taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas; e

**XIV** - causas de não remoção especificadas se por contra-indicação médica, condição de não doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

**§ 1º** A possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

**I** - Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contra-indicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado.

**II** - Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

**§ 2º** A possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

**I** - Notificar a CNCDO 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e Art. 13 da Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997, em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou outras unidades no hospital que disponham de ventiladores mecânicos. A ocorrência de situações de morte encefálica nas Unidades de Tratamento

**IV** - apresentar mensalmente os relatórios a CNCDO, conforme modelo no Anexo III;

**V** - supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a

retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família e responsabilizar - se pela guarda e conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva CNCDO;

**VI** - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição; e

**VII** - promover, nos estabelecimentos autorizados para realização de transplantes de órgãos e/ou tecidos, o acompanhamento dos indicadores de eficiência da atividade dos serviços de transplante, relacionados com sobrevida e qualidade de vida de pacientes transplantados e encaminhar essas informações a CNCDO.

#### **Seção IV Dos Indicadores de Potencial de Doação da Instituição e de Eficiência no Desempenho das Atividades**

**Art. 5º** Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

**I** - número de leitos;

**II** - taxa de ocupação;

**III** - tempo médio de hospitalização;

**IV** - número de hospitalizações;

**V** - número de leitos de UTI e existência de respiradores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;

**VI** - taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;

**VII** - número total de óbitos;

**VIII** - taxa de mortalidade em UTI;

**IX** - número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a CNCDO;

**X** - notificações a CNCDO de potenciais doadores de tecidos;

**XI** - no caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;

**XII** - número de doações efetivas de córneas;

**XIII** - taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas; e

**XIV** - causas de não remoção especificadas se por contra-indicação médica, condição de não doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

**§ 1º** A possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

**I** - Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contra-indicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado.

**II** - Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

**§ 2º** A possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

**I** - Notificar a CNCDO 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e Art. 13 da Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997, em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou outras unidades no hospital que disponham de ventiladores mecânicos. A ocorrência de situações de morte encefálica nas Unidades de Tratamento Intensivo;

**IV** - apresentar mensalmente os relatórios a CNCDO, conforme modelo no Anexo III;

**V** - supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família e responsabilizar - se pela guarda e conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva CNCDO;

**VI** - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição; e

**VII** - promover, nos estabelecimentos autorizados para realização de transplantes de órgãos e/ou tecidos, o acompanhamento dos indicadores de eficiência da atividade dos serviços de transplante, relacionados com sobrevida e qualidade de vida de pacientes transplantados e encaminhar essas informações a CNCDO.

#### **Seção IV Dos Indicadores de Potencial de Doação da Instituição e de Eficiência no Desempenho das Atividades**

**Art. 5º** Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

**I** - número de leitos;

**II** - taxa de ocupação;

**III** - tempo médio de hospitalização;

**IV** - número de hospitalizações;

**V** - número de leitos de UTI e existência de respiradores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;

**VI** - taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;

**VII** - número total de óbitos;

**VIII** - taxa de mortalidade em UTI;

**IX** - número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a CNCDO;

**X** - notificações a CNCDO de potenciais doadores de tecidos;

**XI** - no caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;

**XII** - número de doações efetivas de córneas;

**XIII** - taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas; e

**XIV** - causas de não remoção especificadas se por contra-indicação médica, condição de não - doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

**§ 1º** A possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

**I** - Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contra-indicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado.

**II** - Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

**§ 2º** A possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

**I** - Notificar a CNCDO 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e Art. 13 da Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997, em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou outras unidades no hospital que disponham de ventiladores mecânicos. A ocorrência de situações de morte encefálica nas Unidades de Tratamento Intensivo está estimada entre 10 a 14% do total de óbitos, podendo variar conforme as características do hospital.

**II** - Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contra-indicações médicas, definidas pela CNCDO.

**III** - Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO.

**IV** - Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista familiar.

**V** - Conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas.

**§ 3º** A possibilidade de captação de tecidos musculoesqueléticos, pele, válvulas cardíacas, outros tecidos e partes do corpo humano deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, facilitando os trâmites logísticos necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos.

**§ 4º** Compete ao Coordenador da Comissão, em conjunto com o Coordenador da CNCDO, determinar os indicadores para a instituição, na forma do disposto no caput deste Artigo.

**Capítulo II**  
**DOS CURSOS DE FORMAÇÃO DE COORDENADOR INTRA-HOSPITALAR**  
**DE**  
**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**

**Art. 6º** O currículo do Curso de Formação de Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve seguir as seguintes diretrizes:

**I** - detecção de potencial doador;

**II** - seleção do doador;

**III** - manutenção do doador de órgãos e tecidos;

**IV** - diagnóstico de morte encefálica;

**V** - entrevista familiar para doação e atenção à família do doador;

**VI** - retirada dos órgãos e tecidos;

**VII** - meios de preservação e acondicionamento dos órgãos e tecidos;

**VIII** - transporte dos órgãos e tecidos;

**IX** - informações sobre o doador a CNCDO;

**X** - recomposição do corpo do doador;

**XI** - logística do processo doação-transplante;

**XII** - ética em doação e transplante;

**XIII** - critérios de distribuição de órgãos; e

**XIV** - aspectos legais.

Parágrafo único. A carga horária estabelecida para o Curso de Formação de Coordenador Intra-Hospitalar de Transplante deve ser de no mínimo 24 horas.

**Art. 7º** Instruir que outros aspectos a serem abordados durante a realização do curso sejam relacionados à:

**I** - possibilidade de capacitação para a elaboração de um programa estratégico pró-ativo para detectar a existência de possíveis doadores na instituição;

**II** - possibilidade de capacitação para promoção de educação continuada na instituição;

**III** - possibilidade de capacitação para a organização de um sistema de controle de qualidade de todas as ações realizadas durante o processo de doação de órgãos e tecidos; e

**IV** - possibilidade de capacitação para a organização da equipe de trabalho e treinamento dos integrantes.



### Causa da Não Efetivação da Doação em PCR:

<b>RECUSA DOS FAMILIARES</b>	<b>CONTRA-INDICAÇÃO MÉDICA</b>	<b>PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS</b>
001 Desconhecimento do desejo do potencial	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 íntegro	012 Sorologia Positiva Hepatite C	022 Sem identificação
005 Familiares descontentes com o	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 \_\_\_\_\_



**Causa da Não Efetivação da Doação:**

RECUSA DOS FAMILIARES	CONTRA-INDICAÇÃO 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 crônicas 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 <i>status</i> 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\_\_\_\_\_

**RELATÓRIO MENSAL DAS ATIVIDADES DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR  
DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT**

Mês / Ano: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Total de Óbitos**

Faixa Etária				
Faixa etária	PCR		ME	
	n	%	N	%
Menor de 2 anos				
> 2 até 18 anos				
> 18 até 40 anos				
> 40 até 60 anos				
> 60 até 70 anos				
> 70 anos				
<b>Total</b>		100		100

Nº de óbitos por ME notificados à CIHDOTT	
Turno	N
Manhã (7h – 13h)	
Tarde (13h – 19h)	
Noite (19h – 7h)	

PCR– Parada  
Cardiorrespiratória

ME – Morte Encefálica

**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:**

<b>Relacionadas à Entrevista Familiar</b>	<b>n</b>	<b>Motivos Médicos</b>	<b>N</b>
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	

<b>Aspectos Logísticos ou Estruturais</b>	<b>N</b>
Equipe de retirada não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

**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:**

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

<b>Aspectos Logísticos ou Estruturais</b>	<b>N</b>
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	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

**Atividades de Educação e Divulgação:**

<b>Atividade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Datas</b>
Palestras		
Campanhas		
Reuniões		
Entrevistas à imprensa		
Capacitações		

Assinatura do Coordenador Intra-Hospitalar

## V. Conselho Federal de Medicina Critérios para a Caracterização de Morte Encefálica

### RESOLUÇÃO N.º 1.480 8 DE AGOSTO DE 1997

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e, CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial;

CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

CONSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;

CONSIDERANDO a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros, resolve:

**Art. 1º.** A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

**Art. 2º** Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no termo de declaração de morte encefálica anexa a esta Resolução.

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

**Art. 3º.** A morte encefálica deverá ser conseqüência de processo irreversível e de causa conhecida.

**Art. 4º.** Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

**Art. 5º.** Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas;
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas;
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas;
- d) acima de 2 anos - 6 horas.

**Art. 6º.** Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,
- b) ausência de atividade metabólica cerebral ou, c) ausência de perfusão sangüínea cerebral.

**Art. 7º.** Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c";
- b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletro - encefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;
- c) de 2 meses a 1 anos incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;
- d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

**Art. 8º.** O termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

**Art. 9º.** Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

**Art. 10º.** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.346/91.

**WALDIR PAIVA MESQUITA - Presidente**  
**ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO - Secretário-Geral**

**Nome do Hospital**  
**TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA**

**Res. CFM nº 1.480 08/08/1997**

NOME:

\_\_\_\_\_

PAI:

\_\_\_\_\_

MÃE:

\_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ ANOS    \_\_\_\_\_ MESES    \_\_\_\_\_ DIAS    DATA DE  
 NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: M F    RAÇA: A B N    Registro Hospitalar: \_\_\_\_\_

**A - CAUSA DO COMA**

A.1 – Causa do Coma:

A.2 – Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia                                    ( ) SIM                                    ( ) NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central

( ) SIM                                    ( ) NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo.

**B. EXAME NEUROLÓGICO** – Atenção verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas constantes da tabela abaixo:

IDADE	INTERVALO
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO obrigatoriamente, para todos os itens abaixo).

Elementos dos exames  
neurológicos

Resultados

	1º exame	2º exame
Coma Aperceptivo	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Pupilas fixas arreativas	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo córneo palpebral	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo oculocefálico	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo de tosse	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Apnéia	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO

**C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS** – (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante).

<p><b>1. PRIMEIRO EXAME</b></p> <p>DATA: ___/___/___ HORA: _____</p> <p>_____</p> <p>NOME DO MÉDICO: _____</p> <p>CRM: _____ FONE: _____</p> <p>_____</p> <p>END.: _____</p> <p>ASSINATURA: _____</p> <p>_____</p>	<p><b>2. SEGUNDO EXAME</b></p> <p>DATA: ___/___/___ HORA: _____</p> <p>NOME DO MÉDICO: _____</p> <p>CRM: _____ FONE: _____</p> <p>_____</p> <p>END: _____</p> <p>_____</p> <p>ASSINATURA: _____</p> <p>_____</p>
--	--

**D. EXAME COMPLEMENTAR** – Indicar o exame realizado e anexar laudo com a identificação do médico responsável

1. Angiografia cerebral	2. Cintilografia Radioisotópica	3. Doppler transcraniano	4. Monitorização da pressão intracraniana	5. Tomografia Computadorizada com xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único	7. E.E.G	8. Tomografia por emissão de positrões	9. Extinção Cerebral do Oxigênio	10. Outros (citar)

## **E. OBSERVAÇÕES:**

I. Para o diagnóstico de morte encefálica, interessa exclusivamente a reatividade supra-espinhal.

Conseqüentemente, este diagnóstico não é afastado através da presença de sinais de reatividade infra-espinhal (atividade reflexa medular), tais como: reflexos osteolondinosos (reflexos profundos), cutâneo-abdominais, cutâneo - plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

### **2. Prova Calórica**

2.1 – Deve-se certificar que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte a correta realização do exame.

2.2 – Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc), em torno de 0°C em cada ouvido.

2.3 – Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 – Constatar a ausência de movimentos oculares.

### **3 – Teste da Apnéia**

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se elevar a pCO<sub>2</sub> até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 – Manter o paciente no respirador com  $Fi O_2$  a 100%, por 10 minutos.

3.2 – Desconectar o tubo do respirador.

3.3 – Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 – Observar o surgimento de movimentos respiratórios por 10 minutos, ou até atingir  $pCO_2 = 55$  mmHg.

4 – O exame clínico deve ser acompanhado de um exame complementar, que demonstre a ausência de circulação sanguínea intracraniana, atividade elétrica ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 a 6), com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 – Em pacientes com dois anos ou mais, fazer 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 – Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, Doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 – Atividade elétrica: eletroencefalogramas

5.3 – Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 – Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 – De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalogramas, são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.3 – De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos); dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas.

7 – Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434, art. 13).

## **VI. Portaria nº 905/GM Em 16 de agosto de 2000.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei supracitada;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.407, de 05 de agosto de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplante e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998, que estabelece os critérios de classificação e cadastramento de Unidades de Terapia Intensiva;

Considerando a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que cria os mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências;

Considerando a necessidade de ampliar os avanços já obtidos na captação de órgãos e na realização de transplantes;

Considerando a necessidade de envolver, de forma mais efetiva e organizada, os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde/SUS no esforço coletivo de captação de órgãos, especialmente aqueles que disponham de Unidades de Tratamento Intensivo cadastrado como de tipo II e III, que sejam integrantes dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e que sejam hospitais que realizem transplantes;

Considerando a necessidade de aprimorar o funcionamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, dotando-as de instrumentos que permitam sua melhor articulação com os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde/SUS, e Considerando que a existência e funcionamento de Comissões Intra-hospitalares de Transplantes permitem uma melhor organização do processo de

captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares, melhor articulação do hospital com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/CNCDO, o que, por fim, viabilizam uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos, resolve:

**Art. 1º** Estabelecer que a obrigatoriedade da existência e efetivo **funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplantes** passam a integrar o rol das exigências para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II e III, estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, e para inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, nos tipos I, II e III, fixadas pela Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999.

**§ 1º** A Comissão de que trata este Artigo deverá ser instituída por ato formal da direção de cada hospital, devendo ser composta por, no mínimo, 03 (três) membros integrantes de seu corpo funcional, dentre os quais 01 (um) designado como Coordenador Intra-hospitalar de Transplantes;

**§ 2º** A Comissão terá as seguintes atribuições, que deverão estar claramente estabelecidas em seu Regimento Interno:

a - organizar, no âmbito do hospital, o processo de captação de órgãos;

b - articular-se com as equipes médicas do hospital, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e dos Serviços de Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

c - articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando a assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos e morais;

d - coordenar o processo de abordagem dos familiares dos potenciais doadores identificados, assegurando que esta ação seja, igualmente regida pela mais estrita parâmetros éticos e morais;

e - articular-se com os respectivos Institutos Médicos Legais para, quando for o caso, agilizar o processo de necrópsia dos doadores, facilitando, quando possível, a realização do procedimento no próprio hospital tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

f - articular-se com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, sob cuja coordenação esteja, possibilitando o adequado fluxo de informações;

g - apresentar, mensalmente, Relatório de Atividades à CNCDO.

**Art. 2º** Estabelecer que, a contar da publicação desta Portaria, não serão cadastradas UTI do tipo II ou III ou incluídos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes.

**§1º** A comprovação de que trata este Artigo se dará pelo envio dos atos de instituição da Comissão, devidamente chancelados pelo responsável pela CNCDO à qual o hospital esteja vinculado, anexos ao processo de cadastramento;

**§ 2º** Para os hospitais que já contam com UTI cadastradas como de tipo II ou III ou que já sejam integrantes dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, o prazo para adequação a esta norma é de um 01 (ano), a contar da publicação desta Portaria;

**§ 3º** Os hospitais de trata o § 2º deste Artigo deverão, no prazo estipulado, enviar à Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Redes e Sistemas Assistenciais, a documentação comprobatória da instituição de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes, devidamente chancelada pelo responsável pela CNCDO à qual o hospital esteja vinculado;

**§ 4º** O não cumprimento do prazo estabelecido acarretará a perda da classificação, como tipo II ou III, pela UTI do hospital faltoso e/ou a exclusão do Hospital do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e, conseqüentemente, a suspensão da remuneração adicional a que hoje faz jus.

**Art. 3º** Incluir as exigências abaixo discriminadas no rol das estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, para o cadastramento de hospitais à realização de transplantes das classes I, II e III:

a - a obrigatoriedade da existência e funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplantes;

b - a obrigatoriedade da participação do esforço de captação e retirada de órgão, em articulação com a respectiva CNCDO;

c - a obrigatoriedade de haver indicação de uma instituição parceira que atue como hospital captador, no caso do hospital não realizar captação de órgãos, não contar com Atendimento de Urgências e Emergências e não estar vinculado a uma Organização de Procura de Órgãos ou Córneas;

**§ 1º** A Comissão de que trata a alínea "a" deste Artigo deverá ser instituída, ter as atribuições, e ser condição para cadastramento, em conformidade com o estabelecido nos Artigos 1º e 2º desta Portaria;

**§ 2º** No caso de hospitais já cadastrados para a realização de transplantes, o prazo para adequação à presente norma é de noventa 90 (dias), a contar da publicação desta Portaria;

**§ 3º** Os hospitais de que trata o § 2º deste Artigo deverão, no prazo estipulado, enviar à Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Redes e Sistemas Assistenciais, a documentação comprobatória da instituição de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes, devidamente cancelada pelo responsável pela CNCDO à qual o hospital esteja vinculado;

**§ 4º** A participação do esforço de captação e retirada de órgãos de que trata a alínea "b" deste Artigo se dará por meio do trabalho desenvolvido pela Comissão Intra-hospitalar de Transplantes e, especialmente, pela participação do hospital, com suas respectivas equipes médicas, das escalas estabelecidas pela CNCDO para a retirada de órgãos;

**§ 5º** A instituição parceira indicada como hospital captador, objeto da alínea "c" deste Artigo, deverá manifestar concordância por ato formal da sua direção, que deverá ser anexada à documentação de que trata o § 3º;

**§ 6º** O hospital já cadastrado para a realização de transplantes tem o prazo de noventa 90 (dias), a contar da publicação desta Portaria, para articular-se com a respectiva CNCDO e iniciar sua participação das escalas estabelecidas para a retirada de órgãos, fato que deverá ser atestado pela CNCDO quando do envio da documentação de que trata o § 3º;

**§7º** O não cumprimento das exigências no prazo estabelecido acarretará o descadastramento do hospital faltoso, para realização de transplantes.

**Art. 4º** Estabelecer que, a contar da publicação desta Portaria, não serão cadastradas hospitais para realização de transplantes das classes I, II ou III que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes.

**Art. 5º** Determinar que todos os órgãos captados e retirados conforme estabelecido por esta Portaria, deverão ser destinados à respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, que os distribuirá obedecendo às listas únicas de receptores e a toda legislação em vigor.

**Art. 6º** Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**JOSÉ SERRA**