

## ORIENTAÇÕES PARA AS ETAPAS DE DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E ENTREVISTA FAMILIAR

### 1. ORIENTAÇÕES GERAIS

(Decreto 9175/18-10-2017 e Resolução CFM 2173/2017 )

- **CET:** Central Estadual de Transplantes deve monitorar todo o processo de doação
- **CHT:** Comissão Hospitalar de Transplantes
- Toda a **documentação** do processo de diagnóstico de morte encefálica e autorização familiar para doação de órgãos/tecidos está disponível no site **sctrantransplantes.saude.sc.gov.br: FORMULÁRIOS CHT**
- A **CET/SC** possui os seguintes **meios de comunicação**:
  - **Telefone:** 0800-6437474
  - **Celular:** (48) 99656-0036 (WhatsApp)
  - **e-mail:** [processo@saude.sc.gov.br](mailto:processo@saude.sc.gov.br) ( deve ser confirmado o recebimento pela Central de Transplantes)

### 2. ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

#### ANEXO I DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017

### MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA DETERMINAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

#### METODOLOGIA

1. A morte encefálica (ME) é estabelecida pela **perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo de causa conhecida**, comprovada e capaz de provocar o quadro clínico.
2. O diagnóstico de ME é de **certeza absoluta**.
3. A determinação da ME deverá ser realizada de **forma padronizada**, com especificidade de 100% (nenhum falso diagnóstico de ME). Qualquer dúvida na determinação de ME impossibilita esse diagnóstico.
4. Os procedimentos para determinação da ME deverão ser realizados em **todos os pacientes em coma não perceptivo e apneia, INDEPENDENTEMENTE** da condição de doador ou não de órgãos e tecidos.
5. Para o diagnóstico de ME é essencial que todas as seguintes condições sejam observadas:

#### PRÉ-REQUISITOS

- a) Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a ME;
- b) Ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de ME;
  - Tratamento e observação em **AMBIENTE HOSPITALAR** pelo período **mínimo de seis (6) horas**, com **EXCEÇÃO** dos casos abaixo:
  - **ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA**: no mínimo 24 horas após PCR ou reaquecimento após hipotermia
  - Paciente com **INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA, INSUFICIÊNCIA RENAL** ou submetido a **HIPOTERMIA TERAPÊUTICA**: discutir com médico da CET
- c) Temperatura CORPORAL (CENTRAL) (**ESOFAGIANA OU RETAL**): deve estar **SUPERIOR a 35 °C**

- d) Saturação arterial de oxigênio: superior a 94% e
- e) Pressão arterial **SISTÓLICA**:
- **MAIORES DE 16 ANOS**: maior ou igual a 100 mmHg OU pressão **ARTERIAL MÉDIA** maior ou igual a 65 mmHg para adultos,
  - **MENORES DE 16 ANOS**: conforme a tabela a seguir

| PRESSÃO ARTERIAL                |                                |    |
|---------------------------------|--------------------------------|----|
| IDADE                           | Sistólica (mmHg) ou PAM (mmHg) |    |
| Até 5 meses incompletos         | 60                             | 43 |
| De 5 meses a 2 anos incompletos | 80                             | 60 |
| De 2 anos a 7 anos incompletos  | 85                             | 62 |
| De 7 a 15 anos                  | 90                             | 65 |

- f) Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central e de bloqueadores neuromusculares ( vide tabela de referência 1\*)
- g) **Dois(2) exames clínicos** – para confirmar a presença do coma e a ausência de função do tronco encefálico em todos os seus níveis, com intervalo mínimo de acordo com a Resolução.
- h) **Teste de apneia** – para confirmar a ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios em presença de **PaCO<sub>2</sub> superior a 55 mmHg**.
- i) **Exames complementares** – para confirmar a ausência de atividade encefálica, caracterizada pela falta de perfusão sanguínea encefálica, de atividade metabólica encefálica ou de atividade elétrica encefálica.

( 1\*) TABELA. PRINCIPAIS MEDICAÇÕES DEPRESSORAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (MDSNC) E INTERVALO DE TEMPO DA SUSPENSÃO DO USO ATÉ O INÍCIO DA DETERMINAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA(7)

| ENFERMEIRO(A)  |                               |                        |                           |                                |
|----------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| MEDICAMENTO    | ½ Vida (h)                    | Intervalo na DU/DI (h) | Intervalo na INF CONT (h) | Insuficiência Hepática / Renal |
| MIDAZOLAM      | 2h                            | 6h                     | 10h                       | INDIVIDUALIZADO                |
| FENTANIL       | 2h                            | 6h                     | 10h                       |                                |
| TIONEMBUTAL    | 12h                           | 36                     | 60h                       |                                |
| HALOTANO       | 0:15                          | 0:45                   | 1:15                      |                                |
| ISOFLURANO     | 0:10                          | 0:30                   | 0:50                      |                                |
| SEVOFLURANO    | 0:12                          | 0:36                   | 1:00                      |                                |
| SUCCINILCOLINA | 0:10                          | 0:30                   | 0:50                      |                                |
| PANCURÔNIO     | 2h                            | 6h                     | 10h                       |                                |
| ATRACÚRIO      | 0:20                          | 1:00                   | 1:40                      |                                |
| CISATRACÚRIO   | 0:22                          | 1:06                   | 1:50                      |                                |
| VECURÔNIO      | 1:05                          | 3:15                   | 5:25                      |                                |
| ROCURÔNIO      | 1h                            | 3h                     | 5h                        |                                |
| ETOMIDATO      | 3                             | 9h                     | 15h                       |                                |
| CETAMINA       | 2,5h                          | 7,5h                   | 12,5h                     |                                |
| PROPOFOL       | 2h                            | 6h                     | 10h                       |                                |
| DIAZEPAN       | Discutir com médico da CET/SC |                        |                           |                                |

**Legenda:**

- ❖ **½ Vida**: tempo de meia vida
- ❖ **DU**: Uso em Dose Única
- ❖ **DI**: Uso em dose intermitente (inferior a 4 doses em 24 h)
- ❖ **INF CONT**: Infusão contínua ou DI superior a 3 doses em 24 horas
- ❖ **IR**: Insuficiência renal
- ❖ **IH**: Insuficiência hepática

## Observações:

- 1) Para administração **INTERMITENTE**:
  - ❖ Intervalo de **3 x ½ vida**
  - ❖ Utilizar, preferencialmente, prova gráfica de **FLUXO**
- 2) Para administração em infusão **CONTÍNUA**:
  - ❖ Intervalo de **5 x ½ vida**
  - ❖ Utilizar, preferencialmente, prova gráfica de **FLUXO**
- 3) Na insuficiência **HEPÁTICA e/ou RENAL**:
  - ❖ Determinar o intervalo individualmente, levando em consideração a gravidade das disfunções, discutindo o caso com médico intensivista e médico do sobreaviso da CET/SC.
  - ❖ Nestes casos, **OBRIGATORIAMENTE**, utilizar prova gráfica de **FLUXO**
- 4) No caso de **BARBITÚRICO ENDOVENOSO**
  - ❖ Nestes casos, **OBRIGATORIAMENTE**, utilizar prova gráfica de **FLUXO**
- 5) A causa do coma aperceptivo e arreflexo **NÃO DEVE SER RELACIONADA** com as medicações depressoras do Sistema Nervoso Central que **NÃO APRESENTAM POTENCIAL PARA CAUSAR COMA ARREFLEXO**, quando forem utilizados em doses terapêuticas usuais, como:
  - fenobarbital enteral
  - fenitoína
  - clonidina
  - dexmedetomidina
  - morfina
- 6) Para **PEDIATRIA**, em caso de dúvida, o intervalo para abertura de protocolo após suspensão das MDSNC deve ser discutido entre o médico assistencial e o médico do sobreaviso da CET/SC.

## PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

### 1. EXAME CLÍNICO

#### A. Coma não perceptivo.

- Estado de inconsciência permanente com ausência de resposta motora supraespinal a qualquer estimulação, particularmente dolorosa intensa em região supraorbitária, trapézio e leito ungueal dos quatro membros.
- A presença de atitude de **descebração ou decorticação invalida** o diagnóstico de ME.
- Poderão ser observados reflexos tendinosos profundos, movimentos de membros, atitude em opistótono ou flexão do tronco, adução/elevação de ombros, sudorese, rubor ou taquicardia, ocorrendo espontaneamente ou durante a estimulação. A presença desses sinais clínicos **SIGNIFICA APENAS A PERSISTÊNCIA DE ATIVIDADE MEDULAR** e não invalida a determinação de ME.

#### B. AUSÊNCIA DE REFLEXOS DE TRONCO CEREBRAL.

- 1) **Ausência do reflexo fotomotor** – as pupilas deverão estar fixas e sem resposta à estimulação luminosa intensa (lanterna), podendo ter contorno irregular, diâmetros variáveis ou assimétricos.
- 2) **Ausência de reflexo córneo-palpebral** – ausência de resposta de piscamento à estimulação direta do canto lateral inferior da córnea com gotejamento de soro fisiológico gelado ou algodão embebido em soro fisiológico ou água destilada.
- 3) **Ausência do reflexo oculocefálico** – ausência de desvio do(s) olho(s) durante a

movimentação rápida da cabeça no sentido lateral e vertical. Não realizar em pacientes com lesão de coluna cervical suspeitada ou confirmada.

**4) Ausência do reflexo vestibulo-calórico** – ausência de desvio do(s) olho(s) durante um minuto de observação, após irrigação do conduto auditivo externo com 50 a 100 ml de água fria ( $\pm 5^{\circ}\text{C}$ ), com a cabeça colocada em posição supina e a  $30^{\circ}$ . O intervalo mínimo do exame entre ambos os lados deve ser de três minutos. Realizar otoscopia prévia para constatar a ausência de perfuração timpânica ou oclusão do conduto auditivo externo por cerume.

**5) Ausência do reflexo de tosse** – ausência de tosse ou bradicardia reflexa à estimulação traqueal com uma cânula de aspiração.

Na presença de **ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS OU ORGÂNICAS, CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS**, que **IMPOSSIBILITAM A AVALIAÇÃO BILATERAL** dos reflexos **FOTOMOTOR, CÓRNEO-PALPEBRAL, OCULOCEFÁLICO OU VESTÍBULO-CALÓRICO**, sendo possível exame em um dos lados, e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas, orgânicas, congênitas ou adquiridas:

- Dar-se-á **prosseguimento** às demais etapas para determinação de ME.
- A **causa dessa impossibilidade** deverá ser **fundamentada no prontuário**.

## 2. TESTE DE APNEIA

1. A realização do teste de apneia é obrigatória na determinação da ME.
2. A apneia é definida pela ausência de movimentos respiratórios espontâneos, após a estimulação máxima do centro respiratório pela hipercapnia ( **$\text{PaCO}_2$  superior a 55 mmHg**).
3. A metodologia proposta permite a obtenção dessa estimulação máxima, prevenindo a ocorrência de hipóxia concomitante e minimizando o risco de intercorrências.
4. Na realização dos procedimentos de determinação de ME os pacientes devem apresentar:
  - **TEMPERATURA CORPORAL:** (esofagiana, vesical ou retal) superior a  $35^{\circ}\text{C}$
  - **Saturação arterial de oxigênio:** acima (**superior**) de **94%** e
  - Pressão arterial **SISTÓLICA:** maior ou igual a **100 mmHg** ou pressão arterial média maior ou igual a **65 mmHg** para **ADULTOS**, ou conforme a tabela a seguir para **menores de 16 anos**:

| Idade                           | Pressão Arterial               |    |
|---------------------------------|--------------------------------|----|
|                                 | Sistólica (mmHg) ou PAM (mmHg) |    |
| Até 5 meses incompletos         | 60                             | 43 |
| De 5 meses a 2 anos incompletos | 80                             | 60 |
| De 2 anos a 7 anos incompletos  | 85                             | 62 |
| De 7 a 15 anos                  | 90                             | 65 |

#### A. Técnica.

- 1) Ventilação com FiO<sub>2</sub> de 100% por, no mínimo, 10 minutos para atingir PaO<sub>2</sub> igual ou maior a 200 mmHg e PaCO<sub>2</sub> entre 35 e 45 mmHg.
- 2) Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial (idealmente por cateterismo arterial).
- 3) Desconectar ventilação mecânica.
- 4) Estabelecer fluxo contínuo de O<sub>2</sub> por um cateter intratraqueal ao nível da carina (6 L/min), ou tubo T (12 L/min) ou CPAP (até 12 L/min + até 10 cm H<sub>2</sub>O).
- 5) Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos. Prever elevação da PaCO<sub>2</sub> de 3 mmHg/min em adultos e de 5 mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário.
- 6) Colher gasometria arterial final.
- 7) Reconectar ventilação mecânica.

#### B. INTERRUPÇÃO DO TESTE DE APNÉIA

Caso ocorra:

- **hipotensão** (PA **sistólica** < **100** mmHg ou PA **média** < que 65 mmHg),
- hipoxemia significativa ou arritmia cardíaca,

Deverá:

- **SER COLHIDA** uma gasometria arterial e
- **RECONNECTADO** o respirador, interrompendo-se o teste.
- Se o PaCO<sub>2</sub> final for igual ou inferior a 55 mmHg, **NÃO ESTÁ VALIDADO O TESTE**, após a melhora da instabilidade hemodinâmica, deve-se refazer o mesmo.

#### C. Formas alternativas de realização do teste de apneia.

Em alguns pacientes as condições respiratórias não permitem a obtenção de uma persistente elevação da PaCO<sub>2</sub>, sem hipóxia concomitante. Nessas situações, pode-se realizar teste de apneia utilizando a seguinte metodologia, que considera as alternativas para pacientes que **NÃO TOLERAM A DESCONEXÃO DO VENTILADOR**:

- 1) Conectar ao tubo orotraqueal uma “**peça em T**” acoplada a uma válvula de pressão positiva contínua em vias aéreas (**CPAP – *continuous positive airway pressure***) com 10 cm H<sub>2</sub>O e fluxo de oxigênio a 12 L/minuto.
- 2) Realizar teste de apneia em equipamento específico para ventilação não invasiva, que permita conexão com fluxo de oxigênio suplementar, colocar em modo CPAP a 10 cm H<sub>2</sub>O e fluxo de oxigênio entre 10-12 L/minuto. O teste de apneia **não deve ser realizado em ventiladores que não garantam fluxo de oxigênio no modo CPAP**, o que resulta em hipoxemia.

### 3. REPETIÇÃO DO EXAME CLÍNICO (2º EXAME)

Na repetição do exame clínico (segundo exame) por outro médico:

- Será utilizada a **mesma técnica do primeiro exame**.
- Não é necessário repetir o teste de apneia **quando o resultado do primeiro teste for positivo** (ausência de movimentos respiratórios na vigência de hipercapnia documentada e PCO2 **MAIOR** que 55 mmHg).
- O intervalo mínimo de tempo a ser observado entre 1º e 2º exame clínico:
  - É de **uma(1) hora nos pacientes com idade igual ou maior a dois(2) anos de idade**.
  - Nas demais faixas etárias, esse intervalo é variável, devendo ser observada a seguinte tabela:

| Faixa Etária                                        | Intervalo Mínimo (horas) |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|
| 7 dias (recém-nato à termo) até 2 meses incompletos | 24                       |
| De 2 a 24 meses incompletos                         | 12                       |
| Mais de 24 meses                                    | 1                        |

### 4. EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico de ME é fundamentado na ausência de função do tronco encefálico confirmado pela falta de seus reflexos ao exame clínico e de movimentos respiratórios ao teste de apneia. É obrigatória a realização de exames complementares para demonstrar, de forma inequívoca, a ausência de perfusão sanguínea ou de atividade elétrica ou metabólica encefálica e obtenção de confirmação documental dessa situação. A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e as disponibilidades locais, devendo ser justificada no prontuário.

Os principais exames a ser executados em nosso meio são os seguintes:

**1) Angiografia cerebral** – após cumpridos os critérios clínicos de ME, a angiografia cerebral deverá demonstrar:

- ausência de fluxo intracraniano.
- Na angiografia com estudo das artérias **CARÓTIDAS INTERNAS E VERTEBRAIS**, essa ausência de fluxo é definida por ausência de opacificação das artérias carótidas internas, no mínimo, acima da artéria oftálmica e da artéria basilar, conforme as normas técnicas do Colégio Brasileiro de Radiologia.

**2) Eletroencefalograma** – constatar a presença de **INATIVIDADE ELÉTRICA OU SILÊNCIO ELÉTRICO CEREBRAL** (ausência de atividade elétrica cerebral com potencial superior a 2  $\mu$ V) conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica.

**3) Doppler Transcraniano** – constatar a **AUSÊNCIA DE FLUXO SANGUÍNEO INTRACRANIANO** pela presença de fluxo **diastólico reverberante** e **pequenos picos sistólicos** na fase **inicial da sístole**, conforme estabelecido pelo Departamento Científico de Neurosonologia da Academia Brasileira de Neurologia.

**4) Cintilografia, SPECT Cerebral** – **ausência de perfusão ou metabolismo encefálico**, conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira Medicina Nuclear.

**A METODOLOGIA A SER UTILIZADA NA REALIZAÇÃO DO EXAME DEVERÁ:**

- a) ser específica para determinação de ME e o laudo deverá ser elaborado por escrito e assinado por profissional com comprovada experiência e capacitado no exame nessa situação clínica.
- b) Em geral, exames que detectam a presença de perfusão cerebral, como angiografia cerebral e doppler transcraniano, não são afetados pelo uso de drogas depressoras do sistema nervoso central ou distúrbios metabólicos, sendo os mais indicados quando essas situações estão presentes.
- c) A presença de perfusão sanguínea ou atividade elétrica cerebral significa a existência de atividade cerebral focal residual. Em situações de ME, a repetição desses exames após horas ou dias constatará inexoravelmente o desaparecimento dessa atividade residual.
- d) Em **CRIANÇAS LACTENTES**, especialmente com **FONTANELAS ABERTAS E/OU SUTURAS PATENTES**, na **ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA** ou após **CRANIOTOMIAS DESCOMPRESSIVAS**, pode ocorrer **persistência de fluxo sanguíneo intracraniano**, mesmo na presença de ME, sendo **eletroencefalograma** o exame **mais adequado** para determinação de ME.
- e) Um exame complementar compatível com ME realizado na **presença de coma não perceptivo**, **PREVIAMENTE ao exame clínico e teste de apneia** para determinação da ME, **PODERÁ SER UTILIZADO COMO ÚNICO EXAME COMPLEMENTAR** para essa determinação.
- f) **OUTRAS METODOLOGIAS** além das citadas **NÃO TÊM AINDA COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA** da sua efetividade na determinação de ME.

## TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

1. A **EQUIPE MÉDICA** que **determinou a morte encefálica (ME)** deverá registrar as conclusões dos exames clínicos e os resultados dos exames complementares no **Termo de Declaração de Morte Encefálica (DME)** ao **término de cada etapa** e comunicá-la ao médico assistente do paciente ou a seu substituto.
2. Esse termo deverá ser preenchido em **duas(2) vias**.
  - A **1ª via** deverá ser **arquivada no prontuário do paciente**, junto com o(s) **laudo(s) de exame(s) complementar(es) utilizados na sua determinação**.
  - A **2ª via ou cópia** deverá ser encaminhada à **Central Estadual de Transplantes (CET)**, complementarmente à notificação da ME, nos termos da Lei nº 9434/1997, art. 13.
  - Nos **casos de morte por causa externa**, uma **cópia** da declaração será necessariamente encaminhada ao **Instituto Médico Legal (IML)**.

### Atenção: Respeitar os critérios estabelecidos pelo CFM (Pré- Requisitos)

- ✓ **Sinais Vitais** - conforme descritos no próprio termo.
- ✓ Carimbo e assinatura do médico que realizou cada teste.
- ✓ O Médico do teste de apnéia tem que ser o mesmo que fez uma das explorações clínicas.
- ✓ O horário do teste de apnéia deve ser IGUAL ao horário da COLETA que consta no laudo da gasometria PÓS apnéia (2ª Gasometria).
- ✓ O intervalo entre a coleta da gasometria arterial pré e da gasometria arterial pós-teste recomendado pelo CFM é de 10min, sendo tolerado um limite máximo de 1h (pela CET/SC)

3. A Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT), a Organização de Procura de Órgãos (OPO) ou a CET deverão ser obrigatoriamente comunicadas nas seguintes situações:
  - a) possível morte encefálica (início do procedimento de determinação de ME);
  - b) após constatação da provável ME (1º exame clínico e teste de apneia compatíveis) e;
  - c) após confirmação da ME (término da determinação com o 2º exame clínico e exame complementar confirmatórios).
4. A **Declaração de Óbito (DO)** deverá:
  - ser preenchida pelo **MÉDICO LEGISTA** nos casos de **morte por causas externas** (acidente, suicídio ou homicídio), **confirmada ou suspeita**.
  - Nas **demais situações** caberá aos **médicos que determinaram o diagnóstico de ME** ou aos **médicos assistentes** ou **seus substitutos** preenchê-la.
  - A **DATA E A HORA DA MORTE** a serem **registradas na DO** deverão ser as do **último procedimento de determinação da ME**, registradas no **Termo de Declaração de Morte Encefálica (DME)**.
5. **Constatada a ME**, o médico tem **autoridade ética e legal** para **suspender procedimentos de suporte terapêutico em uso e assim deverá proceder, EXCETO** se **doador de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano para transplante**, quando **deverá aguardar a retirada dos mesmos ou a recusa à doação** (Resolução CFM nº 1.826/2007). Essa **decisão deverá ser precedida** de comunicação e esclarecimento sobre a ME aos **familiares** do paciente ou seu **representante legal**, **fundamentada e registrada no prontuário**.

## OBSERVAÇÕES SOBRE O PROCESSO

### 1. COMUNICAÇÃO AOS FAMILIARES OU RESPONSÁVEL LEGAL

- a) Os familiares do paciente ou seu responsável legal deverão ser esclarecidos, de forma clara e objetiva, sobre a situação crítica do paciente, o significado da ME, o modo de determiná-la e também sobre os resultados de cada uma das etapas de sua determinação.
- b) Esse esclarecimento é de responsabilidade da equipe médica assistente do paciente ou, na sua impossibilidade, da equipe de determinação da ME.
- c) Será admitida a presença de médico de confiança da família do paciente para acompanhar os procedimentos de determinação de ME, **desde que:**
  - a demora no comparecimento desse profissional não inviabilize o diagnóstico.
  - Os contatos com o médico escolhido serão de responsabilidade dos familiares ou do responsável legal.
  - O profissional indicado deverá comparecer nos horários estabelecidos pela equipe de determinação da ME.
- d) A **decisão** quanto à doação de órgãos **somente deverá ser solicitada aos familiares ou responsáveis legais** do paciente após o diagnóstico da ME e a comunicação da situação a eles.

### 2. EXAME FÍSICO

Deve ser realizado exame físico do potencial doador e informado a CET/SC, todas as alterações encontradas nos segmentos:

- Cabeça: exemplo: Ex.: craniotomia , afundamento de região frontal, lesões de pele...
- Tronco/quadril: Ex.: drenagem de tórax, fraturas, lesões de pele...
- MMSS: Ex.: lesões de pele, fraturas, ...
- MMII: Ex.: lesões de pele, fraturas...

### 3. PACIENTE DESCONHECIDO:

- **DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA: DEVE SER REALIZADO** de acordo com as determinações do CFM (Decreto 9175- 18/10/2017, artigo 21.)
- Caso não tenha contra indicação absoluta, para torna-se doador: somente poderá ser dado andamento a doação após reconhecimento oficial e autorização formal por familiar.  
Caso isso seja impossível, a instituição hospitalar deverá cumprir os trâmites de encaminhamento do corpo cabível a esse tipo de situação.

## DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1º. TRIAGEM DE POTENCIAL DOADOR DE TECIDO OCULAR | → Idade                                                                                                                                                                                                                                                                   | → Realizar busca ativa a potenciais doadores idade mínima de 02 e máxima de 70 anos<br>→ Pacientes entre 70 a 80 anos: NÃO FAZER BUSCA ATIVA<br>→ Doações entre 70-80 anos somente por solicitação espontânea e expressa da família, e deve constar no formulário de notificação essa justificativa |
|                                                  | → Triagem clínica, social laboratorial e física                                                                                                                                                                                                                           | A entrevista familiar só poderá ser realizada se essas 2 etapas forem cumpridas e não houver contraindicação absoluta identificada                                                                                                                                                                  |
|                                                  | → Cálculo de hemodiluição                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2º. ENTREVISTA FAMILIAR                          | → Realizar entrevista familiar <b>SOMENTE</b> se o potencial doador estiver validado na 1ª etapa de triagem<br>→ Preencher Termo de Autorização Familiar para Doação de Tecido <b>DE ACORDO COM A IDADE</b> do doador<br>→ Orientar família sobre reconstituição do corpo |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

**PROTOCOLO DE COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE**  
- RDC 20, ARTIGO 15- ANVISA/2014-

| PROTOCOLO DE COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE PARA O HEMOSC |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                          |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| LOCAL DE COLETA                                        | Acesso venoso <b>EXCLUSIVO</b> (local que NÃO TENHA infusões de soluções ou medicações)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |
| TUBOS                                                  | Total de tubos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ➔ 4 tubos, sendo:                                                        |
|                                                        | SOROLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 tubo <b>tampa laranja</b> com <b>GEL</b> : com <b>8,5 ml</b> de sangue |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 tubo com <b>PPTK(NAT)</b> : com <b>4 ml</b> de sangue                  |
|                                                        | <b>Centrifugar amostra</b>   <b>SIM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |
|                                                        | HLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 tubo com <b>EDTA</b> , com <b>4,5ml</b> de sangue                      |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Centrifugar amostra</b>   <b>NÃO</b>                                  |
| TIPAGEM SANGUÍNEA                                      | 1 tubo com <b>EDTA</b> , com <b>4,5ml</b> de sangue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                          |
|                                                        | <b>Centrifugar amostra</b>   <b>NÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |
| IDENTIFICAÇÃO DOS TUBOS                                | <div>✓ Usar etiquetas do site, no ítem "Formulários CHT"- Diagnóstico de ME e entrevista familiar_ Roteiros gerenciados...."</div> <div>✓ <u><b>OU</b></u> etiqueta padronizada da própria instituição que contenha os dados de identificação do paciente e data</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |
| REQUISIÇÕES DE EXAMES                                  | <b>Disponível no site da SC transplantes e deve acompanhar os tubos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |
| ACONDICIONAMENTO DOS TUBOS PARA TRANSPORTE             | <div>✓ Os tubos com as amostras de sangue devem ser devidamente identificados e protegidos por toalha de papel individual e saco plástico e lacrado com fita adesiva</div> <div>✓ Requisição de exames candidatos a doadores de múltiplos órgãos/ Hemosc preenchida corretamente e protegida por saco plástico e lacrado com fita adesiva</div> <div>✓ Usar <b>EXCLUSIVAMENTE Gelox®</b> para climatizar a caixa térmica</div> <div>✓ Cuidar para os tubos estarem em local da caixa térmica que evite o contato direto com o Gelox®</div> <div>✓ Lacrar a tampa e o corpo da caixa térmica com fita adesiva, para evitar acidentes</div> <div>✓ Identificar a caixa térmica lacrada com a <b>ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE CAIXA TÉRMICA PARA MATERIAL BIOLÓGICO</b>, de acordo com a empresa de ônibus a ser utilizada</div> |                                                                          |
| OBSERVAÇÕES                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                          |
| Paciente desconhecido                                  | Fazer contato com a CET/SC para receber orientação de como proceder                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                          |
| Ausência de tubo de NAT                                | Usar 2 tubos com gel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                          |
| Paciente pediátrico                                    | Em caso de dúvida fazer contato com a CET/SC para receber orientação de como proceder                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |

**HEMOSC NO ESTADO PARA ADQUIRIR TUBOS**

= **Florianópolis:** (48)  
3251.9719 Av. Othon Gama  
D'Eça, 756-Centro

= **Criciúma:** (48) 3433.6611  
Av. Centenário, 1.700-Bairro Sta. Bárbara

= **Unidade de coleta do Hemosc em Tubarão:**  
(48) 3621.2405 Rua Santos Dumontt, s/n  
88.701-600

= **Joinville:** (47) 3433.1378  
Av. Getúlio Vargas, 198-Centro

**= Unidade de coleta do Hemosc em Jaraguá do Sul:**  
(47) 3055.0454 Rua Dr. Waldomiro Mazurechen, 80

**= Unidade de coleta do Hemosc em Canoinhas:**  
(47) 3622.6900 Rua João da Cruz Krailing, 1050-  
Centro

**= Joaçaba:** (49) 3522.2811  
Av. XV de Novembro, 49-Centro

**= Lages:** (49) 3222.3922  
Rua Felipe Schmidt, 33- Centro

**= Chapecó:** (49) 3329.0550  
Rua São Leopoldo, Nº 391 D- Bairro Esplanada

## 6. ORIENTAÇÕES PARA A FAMÍLIA

### a) DURANTE O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DE ME

- ✓ Usar o **“ROTEIRO DE ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃO”**, que consta das documentações que compõe os **“Roteiros gerenciados das etapas de diagnóstico de me e entrevista familiar”**, disponível no site

## 7. ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS/TECIDOS PARA TRANSPLANTES (LEI Nº 10.211 23 de março/01 e Decreto 9175-18/10/2017)

- No impedimento de autorizante de 1º grau, registrar justificativa no Termo de Autorização Familiar ( Parente de 1º geral: pai, mãe, irmão e filhos maiores de 18 anos)- **Decreto 9175, artigo 20 §1º)**

### II. AUTORIZANTE LEGAL para doador **MAIOR de 18 anos**, **SOMENTE** :

- ✓ **Pai**
- ✓ **Mãe**
- ✓ **Irmãos (desde que maior de 18 anos)**
- ✓ **Filhos (desde que maior de 18 anos)**
- ✓ **Avós**
- ✓ **Netos (desde que maior de 18 anos)**
- ✓ **Cônjuge ou companheiro**
- ✓ Na ausência/inexistência dos parentes legais acima citados, somente com **autorização judicial**.
- ✓ **Recomenda-se o envio documento de identidade do doador e autorizantes para CET/SC**

### III. AUTORIZANTE LEGAL para doador **MENOR de 18 anos**, **SOMENTE** :

- ✓ O(s) responsáveis que **constarem na certidão de nascimento / registro de Identidade** (se constar nome do pai e da mãe, é **OBRIGATÓRIO** a assinatura de ambos)
- ✓ **Tutor**: somente **COM COMPROVAÇÃO LEGAL** (substituto dos pais, determinado pela justiça em decorrência da morte destes ou perda de pátrio poder)
- ✓ Na ausência/inexistência dos parentes ou responsáveis legais acima, somente com **autorização judicial**

### I. TESTEMUNHAS

- ✓ Devem ser **OBRIGATORIAMENTE 2 (DUAS) TESTEMUNHAS**
- ✓ **NÃO PODE SER TESTEMUNHA**: membro da **CHT** ou o **autorizante(s)**
- ✓ Situações que não estejam previstas acima, solicitar orientação para a **CET/SC**

## 7.1. SITUAÇÕES ATÍPICAS PARA AUTORIZAÇÃO FAMILIAR

### a) ESTRANGEIROS

Aplicam-se as mesmas regras de parentesco, destacando-se a recomendação de **envio para CET/SC da cópia dos documentos do doador e autorizante (s) que comprovem o parentesco**

- ☐ Para os países do **Mercosul** (Argentina, Paraguai, Uruguai): **documento de identidade do país de origem**
- ☐ Demais países: **passaporte**

b) INDIOS: CONSULTAR CET/SC.

c) **AUTORIZANTE ANALFABETO**: usar para registro o **mesmo que constar como assinatura do RG** ( ex.: impressão digital)

**Observação: O Decreto 9175-18/10/2017, no artigo 52, determina sigilo quanto a identificação de doadores para receptores e vice-versa**

## 7.2. TERMO DE AUTORIZAÇÃO FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

- a. Deve ser preenchido de **ACORDO COM A IDADE** do doador, se **MAIOR** ou **MENOR** de **18 anos**
- b. A **DATA / HORA DO ÓBITO**:
- Deve ser a do **ÚLTIMO EXAME** que **CONCLUIU** o diagnóstico de ME (Resolução nº 1826 de 24/10/2007 / CFM- art. 2º)
- c. É **OBRIGATÓRIO**, junto com o Termo de Autorização Familiar, enviar cópia **DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO** do **DOADOR** e **AUTORIZANTE(S)** para **CET/SC, LEGÍVEL e FRENTE/VERSO** do documento
- d. Em caso de necessidade de autorização judicial, seguir orientação abaixo:

| <b>AUTORIZAÇÃO JUDICIAL</b>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicação                                                         | Sempre solicitar orientação para CET/SC para verificar se o contexto familiar indica necessidade de autorização familiar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Contato com o plantão da promotoria pública em SC                 | <a href="http://www.mpsc.mp.br/promotorias-de-justica/plantao">http://www.mpsc.mp.br/promotorias-de-justica/plantao</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Documentação padrão necessária para levar para promotoria pública | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Termo de declaração de morte encefálica preenchido</li> <li>➔ Laudo da prova gráfica assinado pelo médico executor</li> <li>➔ Termo de autorização familiar assinado pela pessoa que demonstrou interesse na doação</li> <li>➔ Documento de identificação do doador e potencial autorizante</li> <li>➔ Modelo de ofício para solicitação de autorização judicial para doação de órgãos, devidamente preenchido ( disponível no site da SC Transplantes: no item "Formulários CHT"- Diagnóstico de ME e entrevista familiar- anexo)</li> </ul> |
| Quem faz contato com a promotoria para encaminhar o caso          | CHT, e se necessário solicitar apoio para CET/SC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## 8. ENTREGA DO CORPO DO DOADOR PARA A FAMÍLIA

A previsão de entrega do corpo para a família deve considerar as observações a seguir:

- a. A logística de preparo para captação depende das situações abaixo terem sido cumpridas pela CHT:
  - Toda documentação do doador, o Termo de Autorização Familiar e os documentos de identificação do doador e autorizante(s) estarem na CET/SC e validados pelo médico da Central
  - As amostras de sorologia/HLA estarem no laboratório do HEmosc
- b. Sempre fazer contato com o plantão da CET/SC antes de iniciar a entrevista familiar, assim a CHT terá acesso as informações sobre as condições de logística para a sua região e demais informações complementares.
- c. **EVITAR** entrevistas após as 22:00h, principalmente nos casos que a seguir:
  - Município que a logística depende de transporte aéreo, pois na madrugada não é possível preparar aeronaves com certeza de horário de decolagem
  - Quando o doador é jovem e existe viabilidade de doação de órgãos como coração, pulmão e pâncreas, pois a logística de transporte aéreo na madrugada é difícil programação
- d. Sugerimos que a entrega do corpo seja prevista com a família entre **12 a 18 horas** após ser autorizado a doação

## 9. INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) - MORTE VIOLENTA

- Encaminhar a família ao Serviço Social para ser providenciado o **Boletim de Ocorrência do Óbito – DP**
- CHT /Serviço Social do Hospital deve enviar para **CIÊNCIA** do IML a **“Comunicação de remoção de múltiplos órgãos”**
- Enviar para o IML após a captação, junto com o corpo:
  - **TODA DOCUMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ME**
  - **RELATÓRIOS DE RETIRADA DOS ÓRGÃOS**