



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Caracterização clínica e o impacto na aceitação dos múltiplos órgãos de doadores falecidos na Bahia

Euder Vila Nova Laudano

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

L367	Laudano, Euder Vila Nova Caracterização clínica e o impacto na aceitação dos múltiplos órgãos de doadores falecidos na Bahia / Euder Vila Nova Laudano. (Salvador, Bahia): EVN, Laudano, 2015
VII+27 p.	
	Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)
	Professor orientador: Carolina Lara Neves.
	Palavras chaves: 1. transplante de órgãos; 2. doadores de órgãos; 3. morte encefálica. I. Neves, Carolina Lara. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.
	CDU: 616-089.843



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Caracterização clínica e o impacto na aceitação dos múltiplos órgãos de doadores falecidos na Bahia

Euder Vila Nova Laudano

Professor orientador: **Carolina Lara Neves**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Caracterização clínica e o impacto na aceitação dos múltiplos órgãos de doadores falecidos na Bahia*, de **Euder Vila Nova Laudano**.

Professor orientador: **Carolina Lara Neves**

COMISSÃO REVISORA:

- **Carolina Lara Neves** (Presidente, Professor orientador), Professora do Departamento de Medicina e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lucas Teixeira e Aguiar Batista**, Professor do Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Selena Márcia Dubois Mendes**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

Aos Meus Pais,
Carlos Alberto Alves Laudano
e **Gesilda Vila Nova Laudano**

EQUIPE

- Euder Vila Nova Laudano, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: euderlaudano@gmail.com;
- Carolina Lara Neves, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;
- Grazielle Passos Carvalho, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;
- Jailton Campos Araújo, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;
- Raphael Wesley de Souza Barbosa, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;
- Fernanda Reis Feitosa, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;
- Guilherme Queiroz Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

- Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos da Bahia (CNCDO-BA)

FONTES DE FINANCIAMENTO

- | |
|-----------------------|
| 1. Recursos próprios. |
|-----------------------|

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, Doutora **Carolina Lara Neves**, pelas orientações, sugestões e por incentivar a pesquisa;
- ◆ Ao professor José Tavares Neto pelo auxílio na formatação e adequação linguística;
- ◆ Aos colegas Grazielle Passos Carvalho, Jailton Campos Araújo e Raphael Wesley de Souza Barbosa, por participarem ativamente durante todas as etapas da monografia.

SUMÁRIO

I. ÍNDICE DE TABELAS	2
II. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV. METODOLOGIA	9
V. RESULTADOS	14
VI. DISCUSSÃO	18
VII. CONCLUSÕES	20
VIII. SUMMARY	21
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
X. ANEXOS	
ANEXO I. Formulário Alerta doador	24
ANEXO II. Termo de autorização para remoção de órgãos e tecido	25
ANEXOIII. Parecer consubstanciado do CEP	26

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. Distribuição de doadores de múltiplos órgãos falecidos por mesorregião do Estado da Bahia (Brasil) por ano de ocorrência da doação	14
TABELA 2. Características clínicas e epidemiológicas dos doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia (Brasil) por ano	15
TABELA 3. Resultados positivos das sorologias nos 398 doadores de múltiplos órgãos falecidos no estado da Bahia (Brasil)	16
TABELA 4. Órgãos captados de doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia (Brasil), de janeiro de 2009 a dezembro de 2014	16
TABELA 5. Órgãos transplantados ou recusados por equipes do Estado da Bahia e principais motivos da recusa, dividido por ano.	17
TABELA 6. Decisão das equipes dos outros Estados do Brasil de transplantar ou descartar os órgãos ofertados por equipes do Estado da Bahia, por ano de ocorrência	17

I. RESUMO

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E O IMPACTO NA ACEITAÇÃO DOS MÚLTIPLOS ÓRGÃOS DE DOADORES FALECIDOS NA BAHIA. A doação de múltiplos órgãos é necessária para o transplante de pacientes com doença, ou disfunção irreversível de determinado órgão diante da ineficiência de outros tratamentos e ausência de contraindicações absolutas ao procedimento. O doador pode ser vivo ou falecido, cada qual com suas vantagens e desvantagem tendo em comum as possíveis complicações pós operatórias. No Brasil existem milhares de pacientes na fila de espera por um doador falecido, devido à falta de doadores vivos compatíveis. A distribuição dos doadores em relação as regiões é bastante heterogenia e a Bahia, mesmo com uma grande população, é um dos Estados que menos transplanta. **Objetivo:** Avaliar características clínicas e epidemiológicas dos doadores de múltiplos órgãos no estado da Bahia (Brasil). **Metodologia:** Coorte retrospectiva dos doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia (Brasil) de janeiro de 2009 a dezembro de 2014, através do banco de dados da CNCDO-BA/SESAB. Analisando características epidemiológicas e clínicas, além de Avaliar a taxa e o motivo de recusa de órgãos das equipes transplantadoras no estado da Bahia. **Resultados:** Das doações autorizadas foram captados 95,8% (n= 323) dos Fígados e 96,6% (n= 652) Rins, sendo que 66,9% (n= 216) dos fígados e 39,7% (n= 259) dos rins foram transplantados na Bahia. Foram recusados pelas equipes transplantadoras bahianas 33,1% (n= 107) dos fígados e 60,3% (n=393) dos rins. Desses recusados na Bahia, foram transplantados em outros Estados 45,8% (n=49) dos fígados e 73,5% (n= 289) dos rins, e foram encaminhados para descarte e/ ou anatomia patológica: 54,2% (n= 58) dos fígados e 26,5% (n=104). **Discussão:** As equipes transplantadoras bahianas recusam muitos órgãos captados no Estado todos os anos e maior parte deles são transplantados por equipes de outros Estados, há uma necessidade de se rever e expandir os critérios para utilização de órgãos em transplantes na Bahia? **Conclusões:** A Bahia capta a maioria dos órgãos doados, entretanto as equipes deixam de utilizar boa parte desses órgãos por não compor determinados critérios. Maior parte desses órgãos não aceitos por equipes bahianas, são transplantados em outros Estados. Há necessidade de revisar e expandir os critérios de seleção de órgãos na Bahia. A logística dos transplantes no Estado deve ser aperfeiçoada.

Palavras chave: 1. transplante de órgãos; 2. doadores de órgãos; 3. morte encefálica.

II. OBJETIVOS

GERAL

Avaliar as características epidemiológicas e clínicas dos doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia.

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a população de doadores de múltiplos órgãos, falecidos no Estado da Bahia, segundo a região de captação (OPO) e conforme local de ocorrência do transplante (equipes do mesmo Estado versus de Estados diferentes); e
2. Avaliar frequência de órgãos recusados no Estado da Bahia, e também de órgãos descartados, bem como os motivos de aceitação e recusa de órgãos pelas equipes de transplantadores.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O transplante surgiu como uma alternativa terapêutica para os casos em que tratamentos convencionais, a exemplo do farmacológico, que não conseguiam reestabelecer o estado morfofuncional de determinados órgãos e tecidos que sofreram dano ou falência por agentes físicos, químicos, ou infecciosos. Na História da humanidade há relatos de tentativas de transplantes, sem sucesso, desde a era Antes de Cristo. Todavia, somente em meados do século XX a Medicina apresentou avanço técnico e científico capaz de garantir que o enxerto sobrevivesse no receptor após o transplante com a introdução de medicamentos imunossupressores, como a ciclosporina, reduzindo ou anulando as respostas imunes contra os órgãos implantados (Schwartz's, 2010; Sabiston, 2010).

Os primeiros transplantes de órgãos sólidos no Brasil ocorreram na década de 60, e com isso surge a necessidade de se criar leis que organizassem e regulamentassem os transplantes. A primeira delas vigorou em 1968, Lei nº 5.479, a qual abrangia a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, entretanto não regulamentava a atividade de transplantes, por isso foi posteriormente revogada pela Lei nº 8.486 em 1992. Adiante, a regulamentação da remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento somente foi estabelecida em fevereiro de 1997, por meio da Lei nº 9.434, também apelidada de “lei dos transplantes”, na qual chamava a atenção o direito do cidadão a expor na carteira de identidade nacional as frases “doador de órgãos” ou “não doador de órgãos. Concomitantemente, através do decreto nº 2.268 organizou-se o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), destacando a criação das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos (CNCDOs) em cada Estado e no Distrito Federal. No anos seguintes, com a maioria dos cidadãos optando por “não doador” nas identidades, a tendência é que o Brasil se transformasse em um país virtualmente sem doadores. Para tanto, em março de 2001 foi decretada a Lei nº 10.211, vetando o artigo que autorizava o registro de “não doador” nas identidades. Sendo assim, todos os cidadãos passam a ser possíveis doadores e os familiares, ou representantes legais, tornam-se responsáveis pela

autorização da retirada de órgãos e tecidos. Posteriormente, percebeu-se que estabelecimentos não autorizados a realizar transplantes, mas que tinham infra-estrutura suficiente para identificar e manter um potencial doador, deveriam ser inclusos no SNT com objetivo de aumentar o número de captações de órgãos, mudança concretizada por meio da Lei nº 11.521/2011 (Ministério da Saúde, 2014)

O Brasil é o segundo país em números absolutos de transplantes renais e hepáticos no Mundo, porém ao relacionar esses números por milhão da população (pmp) o país passa a ocupar a vigésima quinta colocação em transplantes hepáticos, trigésima quinta em transplantes renais, sendo o trigésimo em números de doadores efetivos (ABTO, 2014). Essa taxa de doadores efetivos se deve a uma série de fatores: (a) taxa de notificação de potenciais doadores; (b) o diagnóstico de morte encefálica; (c) a manutenção das funções orgânicas dos potenciais doadores; (d) a forma de abordar os familiares para a autorização da retirada de órgãos; (e) os critérios expandidos específico de cada equipe para a seleção dos órgãos a serem transplantados; (f) a infra-estrutura e logísticas; (g) a disponibilidade de equipes transplantadoras. Devido as peculiaridades de cada região, há uma grande desproporção entre os Estados do país quanto ao número de transplantes em relação a população local. A exemplo disso, em 2014 o Estado do Rio Grande do Sul realizou 51,9 transplantes por milhão de habitantes, enquanto o Estado da Bahia apenas 5,9 (ABTO, 2014).

O Estado da Bahia comparado aos outros Estados está entre os que menos realizam transplantes por milhão de habitantes, esse desempenho pode estar associado a baixa taxa de diagnóstico de morte encefálica, ou a não confirmação do diagnóstico; e a alta taxa de recusa familiar, ou ausência de entrevista para autorização do transplante (ABTO, 2015). Além disso outros fatores podem também podem ser definitivos para esse resultado como os critérios das equipes transplantadoras locais, que podem ser mais rígidos do que em outros Estados no momento da seleção dos órgãos a serem transplantados. Com isso são considerados dados clínicos e epidemiológicos do doador, como por exemplo: sorologias para as principais agentes infecciosos sem cura ou de difícil tratamento; exames séricos que podem avaliar indiretamente a função e integridade dos órgãos a serem doados; comorbidades como Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica; entre outros.

Doença Renal Crônica (DRC), é uma síndrome clínica caracterizada por danos anatômicos (estruturais) e fisiológicos (redução da função renal) sem reversão do quadro por no mínimo três meses independente da etiologia. A DRC pode se manifestar de muitas formas a depender da(s) causa(s) e da gravidade da doença. Nos estágios iniciais, é geralmente assintomática. Os sintomas surgem em fases posteriores associados a diversas complicações possíveis, como anemia, hiperparatireoidismo, doenças cardiovasculares, infecções, além de comprometimento cognitivo e físico. A persistência do dano ou da redução da função renal por mais de três meses distingue DRC de Doença Renal Aguda (DRA). Os danos às estruturas renais podem ser inferidos através da presença de sedimentos urinário anormais (como hemácias e leucócitos), aumento na taxa de excreção de albumina urinária ou elevação da ureia e creatinina séricas; e constatados por métodos de imagem, ou por biopsia. O déficit funcional pode ser identificado pela diminuição do ritmo de filtração glomerular (estimado através de cálculos envolvendo a dosagem sérica de creatinina). O último estágio da DRC é a Doença Renal Terminal que pode ser tratada através da hemodiálise, da diálise peritoneal, ou do transplante renal (Riella, 2003).

A hemodiálise é um tratamento que consiste na retirada de determinados solutos e excesso de líquidos do sangue do paciente com o auxílio de uma máquina de hemodiálise e através de um acesso vascular (fístula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso sintético, ou cateteres de dupla luz percutâneos). O sangue passa por uma membrana semipermeável no interior da máquina e retorna para paciente. A diálise peritoneal utiliza a membrana peritoneal do paciente para retirar substâncias e o excesso de líquido do paciente através de um cateter de acesso à cavidade peritoneal (Sabiston, 2010).

O transplante renal mostra-se a melhor tratamento em relação aos métodos de diálise. Após um transplante bem sucedido, o paciente pode retomar as atividades laborativas, sem uma quantidade de restrições tão grande como ocorre durante o tratamento dialítico. Assim como, não depende de procedimentos semanais para manter o equilíbrio físico-químico e biológico dos fluidos corporais. Apresentando maior sobrevida e melhor qualidade de vida que os pacientes em diálise (Schwartz's, 2010).

O transplante renal é o tratamento definitivo para doença renal terminal, consiste no implante de um outro rim de um doador vivo ou falecido. Critérios de compatibilidade do sistema ABO, HLA e de histocompatibilidade secundária são determinantes no processo, além dos critérios de ordem da fila única de transplantes (Robbins, 2011).

O doador vivo possui as vantagens de haver normalmente uma compatibilidade maior no sistema HLA e menor tempo de isquemia, entre a retirada do órgão e o reimplante, geralmente na ordem de minutos. No doador falecido, a compatibilidade no sistema HLA é parcial ou ausente e há normalmente um tempo maior decorrido entre a retirada do órgão do doador e o reimplante no receptor, geralmente algumas horas. Porém, após o transplante, ambos os tipos estão sujeitos a complicações que são muito semelhantes (Schwartz's, 2010).

No Brasil temos, no ano de 2014, cerca de 35 a 40 mil pacientes em fila de espera para um transplante renal de doador falecido, pois a maioria dos pacientes com DRC em diálise não possuem doador vivo disponível. O Brasil não apresenta uma taxa de disponibilidade de órgãos uniforme, a região Sul e Sudeste apresentam taxas de doação de órgão semelhantes a países europeus com 20-40 doadores/100.000 habitantes, enquanto no Norte e Nordeste a taxas podem ser tão baixas quanto 4 doadores/100.000 habitantes. Na Bahia, segundo dados da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Bahia (CNCDO-BA), a taxa de recusa familiar após abordagens de membros das Organizações à Procura de Órgãos (OPOs) à famílias de pacientes em morte encefálica, chega a 70%, o que aumenta ainda mais o tempo de espera em fila de pacientes que necessitam de transplante de órgãos (ABTO, 2014).

IV. METODOLOGIA

IV.1 Desenho de Estudo/ Coletade Dados

O estudo tem como desenho uma Coorte retrospectiva dos dados epidemiológicos e clínicos dos doadores falecidos de múltiplos órgãos no Estado da Bahia entre janeiro de 2009 a dezembro de 2014.

A busca foi realizada diretamente nos arquivos do Arquivo da Central de Notificação Captação e Doação de Órgãos da Bahia (CNCDO-BA), da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), localizado na Rua Marquês de Carajás, s/nº, no Complexo Professor César de Araújo, no bairro Pau Miudo, cidade de Salvador, Estado da Bahia, Brasil.

Nesse serviço, os prontuários estavam organizados em 72 caixas-arquivo (350 x 250 x 130mm), cada uma referente a determinado mês de cada ano e contendo todos os prontuários e protocolos de morte encefálica não concluídos. Os prontuários continham o Formulário Alerta Doador (**ANEXO I**).

Nesse formulário havia a pergunta se doação de órgãos foi ou não autorizada, e a resposta sim ocorreu em 2.326 casos, portanto, número correspondente ao de potenciais doadores.

Após essa etapa preliminar, foi analisada a Ficha de Evolução da Enfermagem, de cada prontuário. Nessa ficha, o Enfermeiro de plantão da CNCDO-BA registra os critérios aplicados ao protocolo de morte encefálica (Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97), desse modo as conclusões eram assim categorizadas:

1. Confirmada a morte encefálica; e
2. Não preencheu todos os critérios de morte encefálica, caso descartado, pois não houve evidências de morte encefálicas.

Em caso de confirmada a morte encefálica, a família ou o responsável legal era procurado por profissional qualificado para esse fim, quase sempre com formação em Serviço Social. Caso não fosse autorizada, o plantonista suspendia imediatamente o suporte de vida e medidas legais de declaração de óbito, bem como liberação do corpo. No caso de autorização, era devidamente registrada no termo de autorização de doação, o qual informa quais órgãos e/ou tecidos que podem ser retirados pelas equipes

transplantadoras; nesse termo (**ANEXO II**), além dos dados relacionados ao doador consta a assinatura do familiar ou representante legal. Legalmente o paciente é declarado morto e passa a ser doador em potencial, sendo mantido o suporte avançado de vida. Todas as equipes transplantadoras do Estado são comunicadas pela CNCDO-BA, e recebem cópias da ficha alerta doador, ficha do protocolo de morte encefálica, termo de autorização para doação de órgãos, exames laboratoriais e sorológicos através de correio eletrônico ou fax.

Também, o profissional de plantão na Central de Notificação telefona para todas as equipes para solicitar a decisão formal, e a resposta pode ser manuscrita ou por meio eletrônico, se há ou não interesse em transplantar o órgão ofertado para pacientes previamente cadastrados na fila de transplante do Estado da Bahia. Quando as equipes aceitam o órgão, busca-se na lista de transplante o receptor compatível mais próximo da posição primeira. No caso de transplante de rim, ainda é feito o teste de prova cruzada para linfócitos T do doador e do receptor (Sabiston, 2012). O receptor é selecionado se compatível ao doador e estiver na primeira posição da lista, ou mais próxima à mesma, além de ter condições clínicas para ser submetido ao transplante.

No entanto, caso as equipes do Estado da Bahia não aceitem o órgão ofertado devem justificar essa decisão, e o(s) órgão(s) é(são) disponibilizado(s) para as equipes dos outros Estados, por meio da Central Nacional de Notificação, de captação e de distribuição de órgãos. As equipes de outros Estados também devem formalizar a decisão para que a Central Nacional possa informar à CNCDO-BA o destino de cada órgão. Se houver recusa das equipes de todos os Estados, o órgão é destinado à anatomia patológica e posterior descarte.

Em caso de não preenchimento completo dos critérios de morte encefálica, o protocolo é mantido em aberto, mantendo-se o suporte avançado de vida nos potenciais doadores. O paciente é reavaliado no intervalos de tempo estabelecido pelo protocolo de acordo com a idade, até que todos os critérios sejam estabelecidos, ou que se verifique sinais que atestem não se tratar de morte encefálica.

Em caso de não constatação de morte encefálica é suspensa a aplicação do protocolo, o Enfermeiro de plantão na CNCDO-BA encerra o processo e arquiva os documentos.

Foram lidas completamente 487 fichas de evolução de enfermagem, nesse caso correspondendo aos doadores efetivos. Desses, 401 foram identificados como doadores de múltiplos órgãos e separados para leitura completa dos prontuários. A coleta durou um período total estimado de 160 horas.

IV.2 Características da população de estudo

A amostra foi estabelecida como sendo todos os doadores de múltiplos órgãos, com o diagnóstico prévio de morte encefálica no Estado da Bahia (Brasil) de janeiro de 2009 a dezembro de 2014, e todos com dados registrados em prontuários arquivados na CNCDO-BA/SESAB.

Foram captadas e analisadas variáveis epidemiológicas:

- ✓ Dados demográficos: idade, sexo, procedência (hospital e a cidade de origem, como local de notificação);
- ✓ Órgão(s) doado(s);
- ✓ Quais órgãos foram transplantados no Estado da Bahia, e quais foram recusados e o motivo da recusa;
- ✓ Quais órgãos foram transplantados em outro Estado, e quais foram recusados e o motivo da recusa; e
- ✓ Quais órgãos foram descartados.

Com o objetivo de facilitar a análise segundo local de notificação, os municípios foram agrupados de acordo com a divisão territorial proposta para Estado da Bahia (IBGE, 1990), em sete mesorregiões: Mesorregião Metropolitana de Salvador; Mesorregião do Centro-Oeste Baiano; Mesorregião do Centro-Sul Baiano, Mesorregião do Extremo-Oeste Baiano; Mesorregião do Nordeste Baiano; Mesorregião do Sul Baiano; e Mesorregião do Vale São-Franciscano da Bahia.

As características clínicas e laboratoriais analisadas foram:

- Sexo;
- Peso e altura;
- Grupos sanguíneos dos sistemas ABO e Rh sanguíneos;

- Comorbidades (Hipertensão Arterial Sistêmica, HAS; Diabetes Melitus, DM; infecção; cardiopatias; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, DPOC; hepatites; uso de drogas ilícitas; álcool; tabaco; e outras),
- Situação clínica durante o internamento (ocorrência de parada cardiorrespiratória; tempo de permanência entubado; dias internado na unidade de terapia intensiva, UTI; uso de drogas vasoativas e a dosagem; e tipo de transfusão de hemoderivados, infecção ativa; uso de antibiótico);
- Análise bioquímica do sangue (hemoglobina, hematócrito, leucócitos, plaquetas, creatinina, uréia, amilase, CPK, TGO, TGP, fosfatase alcalina, γ GT, bilirrubina total);
- Sorologias (vírus da hepatite C, HCV; Antígeno de superfície do vírus da hepatite B, HBsAg; anticorpo contra antígeno de superfície do vírus B, Anti-HBs; Anticorpo contra córion de vírus da hepatite B, Anti-HBc; vírus linfotrópico T humano, HTLV; vírus da imunodeficiência humana, HIV; doença de Chagas; e VDRL, sífilis); e
- Causa da morte (traumatismo crânio-encefálico, TCE; projétil de arma de fogo, PAF; acidente vascular encefálico do tipo hemorrágico, AVEH; acidente vascular encefálico do tipo isquêmico, AVEI; e outras causas).

IV.3 Critérios de seleção

Inclusão

Doadores de múltiplos órgãos, com diagnóstico prévio de morte encefálica, com dados epidemiológicos e clínicos devidamente registrados na ficha de notificação de doadores.

Exclusão

1. Doadores de múltiplos órgãos sem dados organizados nos prontuários, especialmente ausência de dados relacionados aos critérios de morte encefálicas e/ou informações clínicoepidemiológicas; e
2. Ausência de registro dos órgãos, quanto local de captação e/ou destino do(s) órgão(s).

IV.4 Análise Estatística

Os dados foram inicialmente registrados em uma planilha em formato EXCEL[®], e posteriormente analisados pelo programa SPSS versão 21¹. Os resultados foram apresentados em tabelas de frequências e expressos como porcentagem válida (excluindo-se dos cálculos os dados não válidos), e/ou como média \pm desvio padrão ($M \pm DP$), e/ou mediana conforme as variáveis avaliadas.

Algumas variáveis que não cabe análise estatística foram descritas qualitativamente nos resultados.

IV.5 Vieses

Possíveis vieses identificados: de preenchimento; de transcrição; de ausência de informações sobre o doador; falta de registro do destino dos órgãos; letra ilegível em alguns formulários de Evolução de Enfermagem e do preenchimento dos exames séricos; além da ausência das justificativas formais das equipes no prontuário.

IV.6 Aspectos Éticos

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não foi necessário devido o formato do estudo, que abrange dados de doadores falecidos, preservando a identidade dos mesmos e respeitando todas as normas do Código de Ética Médica. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil <www.saude.gov.br/plataformabrasil> , e submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa, o qual o aprovou em 16 de setembro de 2014 (ANEXO III).

¹ Versão disponibilizada pela IBM <<http://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg24032236>>

V. RESULTADOS

Entre janeiro de 2009 e dezembro de 2014, houve 401 doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia (Brasil). Desse período, sessenta e quatro (64) casos foram excluídos por não observarem um dos critérios de inclusão (destino dos órgãos); por isso, a amostra final foi de 337 doadores. Na **TABELA 1**, esses doadores de múltiplos órgãos foram distribuídos quanto à procedência – conforme a mesorregião do Estado da Bahia (Brasil) - e por ano de ocorrência da doação.

TABELA 1. Distribuição de doadores de múltiplos órgãos falecidos por mesorregião do Estado da Bahia (Brasil) por ano de ocorrência da doação.

MESORREGIÃO	ANO – número de doadores (%)						TOTAL
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Metropolitana ¹	8 (61,5)	11 (68,8)	49 (77,8)	55 (75,3)	58 (69)	54 (61,4)	235 (69,7)
Centro-Sul ²	5 (38,5)	3 (18,8)	6 (9,5)	10 (13,7)	11 (13,1)	14 (15,9)	49 (14,5)
Sul ³	0	0	1 (1,6)	1 (1,4)	7 (8,3)	12 (13,6)	21 (6,2)
Centro-Oeste ⁴	0	0	5 (7,9)	3 (4,1)	6 (7,1)	7 (8)	21 (6,2)
Extremo-Oeste ⁵	0	1 (6,3)	1 (1,6)	2 (2,7)	1 (1,2)	1 (1,1)	6 (1,8)
Nordeste ⁶	0	1 (6,3)	1 (1,6)	2 (2,7)	1 (1,2)	0	5 (1,5)

¹ municípios de Salvador, Camaçari e Santo Antônio de Jesus; ² municípios de Vitória da Conquista, Guanambi e Jequié; ³ municípios de Itabuna, Teixeira de Freitas, Ilhéus e Porto Seguro; ⁴ município de Feira de Santana; ⁵ município de Barreiras; e ⁶ município de Alagoinhas.

Com relação aos dados clínicos e epidemiológicos, a média de idade dos doadores foi de 38,1 anos; a duração da internação em UTI teve média de 9,6 dias, sendo que 173 (51%) doadores permaneceram internados entre 2 e 5 dias; entubados por cerca de 6,7 dias. Durante o internamento, 48 (14,2%) doadores apresentaram parada cardiorespiratória e foram reanimados após média de 11,6 minutos, mínimo de dois e máximo de 30 minutos.

Na **TABELA 2**, foram detalhados outros dados epidemiológicos e clínicos, separados por ano de notificação. Chamaram a atenção, a elevada frequência do uso de álcool (35,6%) e a causa mortis pelo traumatismo crânio encefálico (45,7%).

TABELA 2. Características clínicas e epidemiológicas dos doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia (Brasil) por ano.

	ANO – número de doadores (%)						TOTAL
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
SEXO							
Masculino	12 (92,3)	8 (50)	42 (66,7)	46 (63)	52 (61,9)	52(59,1)	212 (62,9)
Feminino	1 (7,7)	8(50)	21 (33,3)	27 (37)	32 (38,1)	36 (40,9)	125 (37,1)
GRUPO SANGUÍNEO							
O	4 (30,8)	6 (37,5)	37(58,7)	34 (46,6)	48 (57,1)	47 (53,4)	176 (52,2)
A	4 (30,8)	7 (43,8)	21 (33,3)	27 (37)	24 (28,6)	32 (36,4)	115 (34,1)
B	5 (38,5)	3 (18,8)	5 (7,9)	9 (12,3)	10 (11,9)	7 (8)	39 (11,6)
AB	0	0	0	3 (4,1)	2 (2,4)	2 (2,3)	7 (2,1)
COMORBIDADES¹							
Álcool	4 (44,4)	4 (36,4)	11 (33,3)	17 (36,2)	22 (43,1)	20 (29,4)	78 (35,6)
HAS	2 (18,2)	4 (40)	7 (24,1)	12 (25)	18 (36,7)	22 (28,6)	65 (29)
Drogas	2 (18,2)	0	3 (9,7)	1 (2,2)	4 (9,5)	6 (9)	16 (7,7)
DM	1 (9,1)	2(22,2)	1 (3,7)	1 (2,3)	6 (13)	4 (5,5)	15 (7,1)
Cardiopatas	1 (10)	0	2 (6,7)	3 (6,5)	5 (11,9)	3 (4,5)	14 (6,8)
Tabaco	1 (7,7)	2 (12,5)	8 (12,7)	2 (2,7)	3 (3,6)	4 (4,5)	20 (5,9)
DPOC	0	0	0	0	1 (2,4)	2 (2,9)	3 (1,5)
Hepatite	0	0	0	0	0	2 (2,9)	2 (1)
PCR²							
Sim	3 (23,1)	2 (12,5)	8 (12,9)	8 (11)	16 (19)	11 (13,1)	48 (14,5)
Não	10 (76,9)	14 (87,5)	54 (87,1)	65 (89)	68 (81)	73 (86,9)	284 (85,5)
INFEÇÃO³							
Sim	0	3 (18,8)	13 (20,6)	19 (26,8)	30 (36,1)	30 (34,5)	95 (28,5)
Não	13 (100)	13 (81,3)	50 (79,4)	52 (73,2)	53 (63,9)	57 (65,5)	238 (71,5)
ANTIBIÓTICO⁴							
Sim	10 (76,9)	12 (75)	48 (76,2)	48 (65,8)	65 (77,4)	52 (59,1)	235 (69,7)
Não	3 (23,1)	4 (25)	15 (23,8)	25 (34,2)	19 (22,6)	36 (40,9)	102 (30,3)
HEMODERIVADOS							
Sim	3 (23,1)	2 (12,5)	14 (22,2)	21 (28,8)	21 (25)	19 (21,6)	80 (23,7)
Não	10 (76,9)	14 (87,5)	49 (77,8)	52 (71,2)	63 (75)	69 (78,4)	257 (76,3)
CAUSA MORTE							
TCE	8 (61,5)	7 (43,8)	24 (38,1)	42 (57,5)	38 (45,2)	35 (39,8)	154 (45,7)
AVCH	3 (23,1)	5 (31,3)	21 (33,3)	22 (30,1)	31 (36,9)	31 (35,2)	113 (33,5)
PAF	2 (15,4)	0	8 (12,7)	7 (9,6)	4 (4,8)	7 (8)	28 (8,3)
AVCI	0	2 (12,5)	4 (6,3)	1 (1,4)	4 (4,8)	7 (8)	18 (5,3)
Outros	0	2 (12,5)	9 (14,3)	6 (8,2)	9 (10,7)	13 (14,8)	39 (11,6)

¹Os antecedentes médicos dos doadores foram referidos por familiares ou representantes legais; ²Média do tempo em parada cardiorrespiratória de 11,6 minutos. Não houve registro em cinco prontuários de ocorrência ou não de PCR;

³Hemocultura foi positiva em 2,7% (n= 8). Quatro prontuários não possuíam registro da ocorrência ou não de infecção;

⁴Foram considerados no grupo sim tanto o uso terapêutico quanto o profilático do antibiótico.

A quase totalidade dos doadores apresentou sorologias negativas, entretanto foram positivos os resultados de 31 (9,2%) doadores para VDRL e 26 (7,8%) para anti-HBc (total) (**TABELA 3**).

TABELA 3. Resultados positivos das sorologias nos 337 doadores de múltiplos órgãos falecidos no estado da Bahia (Brasil).

POSITIVIDADE SOROLÓGICA – número absoluto (%)							
VDRL	¹ Anti-HBc	HCV	² Chagas	² Anti-HBs	HTLV	HBsAg	³ HIV
31 (9,2)	26 (7,8)	2 (0,6)	2 (0,6)	1 (0,3)	1 (0,3)	0	0

¹ Ausência do registro de sorologia em três prontuários; ² ausência do registro de sorologia em um prontuário; ³ e 100% com sorologia negativa para HIV.

No período estudado, a quase totalidade dos rins (96,6%) e dos fígados (95,8%) ofertada para doação foi captada; todavia, concomitantemente, menos de um terço (29,4%) dos corações foi doados (**TABELA 4**).

TABELA 4. Órgãos captados de doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia (Brasil), de janeiro de 2009 a dezembro de 2014.

ÓRGÃOS	ANO – número absoluto (%)						TOTAL
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Fígado	13 (100)	16 (100)	62 (98,4)	72 (98,6)	76 (90,5)	84 (95,5)	323 (95,8)
Rins	26 (100)	32 (100)	120 (95,2)	144 (98,6)	162 (96,4)	168 (94,9)	652 (96,6)
Coração	8 (61,5)	8 (50)	16 (25,4)	15 (20,5)	18 (21,4)	34 (38,6)	99 (29,4)

Na **TABELA 5**, estão as informações sobre aceitação ou recusa dos órgãos por parte das equipes transplantadoras do Estado da Bahia (Brasil). Neste período as equipes locais transplantaram aproximadamente 70% dos fígados e 40% dos rins doados. A principal causa de recusa de órgão, em 27,9% dos casos, foi a constatação de disfunção ou alteração morfológica.

Na **TABELA 6**, foram descritos o destino dado aos órgãos não aceitos pela(s) equipe(s) do Estado da Bahia no período de 2009 a 2014. As equipes dos outros Estados transplantaram 45,8% desses fígados e 73,5% desses rins.

TABELA 5. Órgãos transplantados ou recusados por equipes do Estado da Bahia e principais motivos da recusa, dividido por ano.

SITUAÇÃO	ANO – número absoluto (%)						TOTAL
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Transplantado							
Fígado	12 (92,3)	6 (37,5)	49 (77,8)	48 (65,8)	52 (61,9)	49 (55,7)	216 (66,9)
Rim	0	9 (28,1)	39 (32,5)	82 (56,9)	76 (46,9)	53 (31,7)	259 (39,7)
Recusa							
Fígado	1 (7,7)	10 (62,5)	13 (20,6)	24 (32,9)	24 (28,6)	35 (39,8)	107 (33,1)
Rim	26 (100)	23 (71,9)	81 (67,5)	62 (43,1)	86 (53,1)	115 (68,9)	393 (60,3)
Motivos da recusa							
Órgão ¹	4 (30,8)	5 (31,3)	16 (25,4)	8 (11)	26 (31)	35 (39,8)	94 (27,9)
Receptor ²	0	4 (25)	3 (4,8)	8 (11)	16 (19)	14 (15,9)	45 (13,4)
Sorologia	1 (7,7)	1 (6,3)	9 (14,3)	7 (9,6)	9 (10,7)	8 (9,1)	35 (10,4)
Idade	1 (7,7)	2 (12,5)	3 (4,8)	4 (5,5)	7 (8,3)	9 (10,2)	26 (7,7)
Drogas ilícitas	2 (15,4)	0	3 (4,8)	1 (1,4)	4 (4,8)	5 (5,7)	15 (4,5)
Logística ³	0	2 (12,5)	2(3,2)	1 (1,4)	4 (4,8)	6 (6,8)	15 (4,5)
Equipe ⁴	1 (7,7)	2 (12,5)	1 (1,6)	5 (6,8)	4 (4,8)	1 (1,1)	14 (4,2)

¹função e/ ou morfologia alterados; ²desproporção entre o peso e altura do doador em relação ao receptor, condições clínicas desfavoráveis para o transplante, não localizado, ausência de receptores compatíveis na lista; ³ausência de leitos, de estudo anatomo-patológico para biópsia prévia, problemas administrativos não especificados, ausência de transporte; ⁴indisponível, sem credenciamento, em recesso, ausência de um componente.

TABELA 6. Decisão das equipes dos outros Estados do Brasil de transplantar ou descartar os órgãos ofertados por equipes do Estado da Bahia, por ano de ocorrência

SITUAÇÃO	ANO – número de casos (%)						TOTAL
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Transplantados							
Fígados	1 (7,7)	4 (25)	8 (12,7)	13 (17,8)	12 (14,3)	11 (12,5)	49 (45,8)
Rins	16 (61,5)	17 (53,1)	61 (50,8)	55 (38,2)	56 (34,6)	84 (50,3)	289 (73,5)
Descartados							
Fígados	0	6 (37,5)	5 (7,9)	11 (8,2)	12 (14,3)	24 (27,3)	58 (54,2)
Rins	10 (38,5)	6 (18,8)	20 (16,7)	7 (4,9)	30 (18,5)	31 (18,3)	104 (26,5)

VI. DISCUSSÃO

A distribuição de doadores de múltiplos órgãos no Estado da Bahia é muito desigual, considerando a divisão do Estado em Mesorregiões proposta pelo IBGE. No período estudado, aproximadamente 70% dos doadores foram notificados na mesorregião Metropolitana. Isso pode refletir subnotificação dos potenciais doadores nas outras mesorregiões; dificuldades ou insegurança dos profissionais no momento do diagnóstico de morte encefálica, além da indisponibilidade de neurologistas ou neurocirurgiões; falta de esclarecimento dos familiares que aumentando a taxa de recusas; déficit de leitos de UTI no interior, necessários para manutenção do potencial doador; além da logística que compromete o deslocamento de equipes transplantadoras da mesorregião Metropolitana para as demais.

O predomínio de doadores do sexo masculino pode estar associado a o TCE como principal causa de morte dos doadores, pois esse grupo é mais exposto a morte por causas externas (SESAB, 2013). Quanto ao grupo sanguíneo mais de 50% dos doadores apresentaram tipo sanguíneo O, também característica da população brasileira. A alta prevalência no consumo de álcool está de acordo com o Relatório Global sobre Alcool e Saúde, conclui que os brasileiros apresentam média de consumo maior do que a de outros países (OMS, 2014). A Hipertensão Arterial Sistêmica esteve presente em aproximadamente 30% dos doadores, o que pode estar associado a AVCH, segunda principal causa de morte identificada no estudo, abrangendo mais de um terço dos doadores.

As sorologias positivas para Sífilis próximo a nove por cento e para Hepatite B em quase oito por cento exigem atenção especial das equipes.

As equipes transplantadoras foram eficientes na captação de órgãos no Estado, nesta etapa coletaram mais de noventa e cinco por cento dos fígados e rins doados, entretanto menos de trinta por cento dos corações foram retirados, isso aponta a necessidade de aperfeiçoamento e atualização das equipes de transplante cardíaco.

Desses órgão coletados mais de dois terços dos fígados foram transplantados por equipes locais, refletindo relativo aproveitamento dos órgãos, entretanto ainda abaixo do esperado e gerando uma expectativa de aumento nos próximos anos (ABTO, 2015). Em relação aos transplantes renais, foram aproveitados menos de quarenta por cento dos órgãos disponibilizados no Estado da Bahia, possivelmente está associado necessidade de mais equipes de transplante renal no Estado, ou os critérios de seleção dos órgãos precisam ser revistos, discutidos e atualizados. Essa ultima hipótese é mais provável e pode ser justificada através do principal motivo de recusa sendo a morfologia e a função alterada dos órgãos. Além disso, mais de setenta por cento dos rins recusados pelas equipes locais foram transplantados por aceitos e transplantados por equipes de outros Estados.

VII. CONCLUSÕES

1. Os doadores de múltiplos órgãos do Estado da Bahia estão concentrados na região Metropolitana;
2. Há necessidade de melhora da infra-estrutura dos Hospitais do interior;
3. Há predomínio do sexo masculino entre desses doadores;
4. O grupo sanguíneo O é o mais frequente entre eles;
5. As principais comorbidades identificadas foram o uso de álcool e a Hipertensão Arterial Sistêmica;
6. Menos de quinze por cento apresentou parada cardio-respiratória;
7. As principais causas de morte encefálica foram Traumatismo Crânio-encefálico e Acidente Vascular Encefálico do tipo Hemorrágico;
8. Menos de dez por cento das sorologias foram positivas para Sífilis ou Hepatite B;
9. Mais de noventa e cinco por cento dos fígados e rins, e menos de trinta por cento dos corações autorizados para doação foram captados por equipes locais;
10. Aproximadamente setenta por cento dos fígados captados foram transplantados por equipes locais;
11. Menos da metade dos fígado recusados foram transplantados por equipes de outros Estados
12. Apenas quarenta por cento dos rins captados foram transplantados por equipes locais;
13. O principal motivo de recusa de órgãos por equipes locais foi alteração morfo-funcional;
14. Dos rins recusados por equipes locais, mais de setenta por cento foram aceitos e transplantados por equipes de outros Estados; e
15. Há a necessidade de revisar, discutir e expandir os critérios de seleção dos rins a serem transplantes no Estado da Bahia.

VIII. SUMMARY

CLINICAL CHARACTERIZATION AND IMPACT ON ACCEPTANCE OF MULTIPLE ORGANS OF DECEASED DONORS IN BAHIA. Background:

Multiple organ donation is required for the transplantation of patients with disease, or irreversible dysfunction of certain organ on the inefficiency of other treatments and absence of absolute contraindications to the procedure. The donor may be alive or deceased, each with its advantages and disadvantages in common possible postoperative complications. In Brazil there are thousands of patients on the waiting list for a donor who had died due to lack of live donors. Thus, the distribution of the donors about the regions is quite heterogeneous and Bahia, even with a large population, is one of the States that less transplant. **Objective:** to evaluate clinical and epidemiological characteristics of multiple organ donors in the State of Bahia (Brazil). **Methods:** retrospective *Coorte* of multiple deceased organ donors in the State of Bahia (Brazil) from January 2009 to December 2014, through the database of CNCDO-BA/SESAB. Analyzed the epidemiological and clinical characteristics, in addition to the fee and the reason for refusal of organs for of transplantation teams in the State of Bahia. **Results:** of the donations allowed were picked up 95.8% (n = 323) of Livers and 96.6% (n = 652) Kidneys, with 66.9% (n = 216) of the livers and 39.7% (n = 259) of the kidneys were transplanted in Bahia. Were refused by baianas of transplantation 33.1% (n = 107) of livers and 60.3% (n = 393) of the kidneys. Of those rejected in Bahia, were transplanted into other States 45.8% (n = 49) of livers and 73.5% (n = 289) of the kidneys, and were sent for disposal and/or pathological anatomy: 54.2% (n = 58) of livers and 26.5% (n = 104). **Discussion:** of transplantation teams baianas refuse many organs obtained in the State every year and most of them are transplanted by teams from other States, there is a need to revise and expand the criteria for use in organ transplants in Bahia? **Conclusions:** the Bahia captures most of the donated organs, however the teams fail to use a good part of these bodies do not meet certain criteria. Most of these organs not accepted by baianas teams, are transplanted in other States. There is a need to revise and expand the selection criteria in Bahia. The logistics of transplants in the State must be refined.

Key words: 1. organ transplant; 2. organ donors; 3. brain death.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XV, nº 4. São Paulo, SP. ABTO, Janeiro a Dezembro de 2009 [Acesso em 20 de agosto de 2014]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2009/1.pdf>;
2. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XVI, nº 4. São Paulo, SP. ABTO, Janeiro a Dezembro de 2010 [Acesso em 20 de agosto de 2014]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2010/1.pdf>;
3. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XVII, nº 4. São Paulo, SP. ABTO, Janeiro a Dezembro de 2011 [Acesso em 20 de agosto de 2014]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2011/RBT-2011-ANUAL-PARCIAL.pdf>;
4. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XVIII, nº 4. São Paulo, SP. ABTO, Janeiro a Dezembro de 2012 [Acesso em 20 de agosto de 2014]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2012/rbt2012-parciall.pdf>;
5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XIX, nº 4. São Paulo, SP. ABTO, Janeiro a Dezembro de 2013 [Acesso em 20 de agosto de 2014]. Disponível em: [http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/rbt2013-parcial\(1\).pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/rbt2013-parcial(1).pdf);
6. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XX, nº 4. São Paulo, SP. ABTO, Janeiro a Dezembro de 2014 [Acesso em 20 de agosto de 2014]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf>;
7. Levey AS, Inker LA . Definition and staging of chronic kidney disease in adults. UpToDate®, Wolters Kluwer Health, 2014. [Acesso em 20 de agosto de 2014]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults?topicKey=NEPH%2F16406&elapsedTimeMs=6&source=search_result&searchTerm=doen%C3%A7a+renal+cr%C3%B4nica&select%E2%80%A6.
8. Rosenberg M. Overview of the management of chronic kidney disease in adults. UpToDate®, Wolters Kluwer Health, 2014. [Acesso em 21 de agosto de 2014]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-chronic-kidney-disease-in-adults?topicKey=NEPH%2F7172&elapsedTimeMs=6&source=search_result&searchTerm=doen%C3%A7a+renal+cr%C3%B4nica&s%E2%80%A6;
9. Medina-Pestana JO, Galante NZ, Silva Jr HT, *et al.* O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. São Paulo, Jornal Brasileiro de Nefrologia 2011;
10. Serur D, Charlton M. Expanded criteria living donors: how far can we go? Progress in Transplantation. New York, 2012.
11. Chaib E. Non heart-beating-donors in England. São Paulo, Clinics. 2008;

12. Miranda, B, Vilardell J, Griny JM. Optimizing Cadaveric Organ Procurement: the Catalan and Spanish Experience. *American Journal of Transplantation* 2003; vol. 3, p1189-1196;
13. Timsit M-O, Yuan X, Floerchinger B, et al. Consequences of transplant quality on chronic allograft nephropathy. *Kidney International*, 2010; 78 (Suppl 119): S54–S58
14. Berman E, Lipschutz JM, Bloom RD, *et al.* The Bioethics and Utility of Selling Kidneys for Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2008; 40(5): 1264–1270.
15. Damman J, Daha MR, van Son WJ *et al.* Crosstalk between Complement and Toll-like Receptor Activation in Relation to Donor Brain Death and Renal Ischemia-Reperfusion Injury. *American Journal of Transplantation* 2011; 11: 660–669
16. Siedlecki A, Irish W, Brennan DC. Delayed Graft Function in the Kidney Transplant. *American Journal of Transplantation* 2011; 11: 2279–2296
17. Riella, MC. *Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos*. 4º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A; 2003.

ANEXO II. TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDO



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
COORDENAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTE - COSET
Central de Notificação Captação Distribuição de Órgãos – CNCDO - Ba



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDO

Pelo presente Termo de Autorização, eu _____,

_____, _____, _____, _____,

(Nacionalidade)

(Estado civil)

(Profissão)

(RG)

_____, residente à Rua _____

(Religião – Opcional)

(Endereço completo, bairro)

_____, _____, _____

(CEP)

(Cidade/ Estado)

e-mail de contato _____,

_____ do Sr.(a) _____

(Grau de parentesco)

(nome do doador - completo e sem abreviações)

residente à Rua _____

(Endereço completo, bairro e CEP)

_____, internado no Hospital _____,

(cidade/ Estado)

tendo sido constatada sua morte às ____:____ horas do dia __/__/__, após exames clínicos e complementares por equipe médica especializada, **Autorizo**, de minha livre e espontânea vontade, a remoção do(s) órgão(s) (_____) e tecido(s) (_____) que será(ão), posteriormente transplantado(s) em outro(s) com a finalidade terapêutica, nos termos da lei 9434 de 04 de Fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto nº.2268 de 30 de Junho de 1997.

Assinatura do familiar autorizador

(Se menor ou incapaz assinatura de ambos os pais ou responsáveis legais)

Se necessário autoriza a remoção do corpo para cirurgia de captação em outro hospital? Sim () Não ()

Assinatura do familiar autorizador

1ª Testemunha

Nome: _____ Relação com o doador:

RG: _____ CPF: _____ Familiar

End: _____ Contato: _____ Profissional de saúde

Ass: _____ Outros: _____

2ª Testemunha

Nome: _____ Relação com o doador:

RG: _____ CPF: _____ Familiar

End: _____ Contato: _____ Profissional de saúde

Ass: _____ Outros: _____

Autorização Judicial?

() Sim () Não

Salvador, _____ de _____ de _____

Profissional responsável pela entrevista:

(Nome e Carimbo)

ANEXOIII. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL ANA NERY -
HAN/SESAB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características epidemiológicas e clínicas dos doadores de múltiplos órgãos falecidos no estado da Bahia.

Pesquisador: Carolina Lara Neves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33003114.7.0000.0045

Instituição Proponente: Hospital Ana Nery - HAN/SESAB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 793.925

Data da Relatoria: 03/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo se mostra relevante ao propor um levantamento dos dados clínicos e epidemiológicos dos doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia, preenchendo a lacuna e incrementando a literatura apresentada nesta temática.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa apresenta como objetivo Primário: avaliar as características epidemiológicas e clínicas dos doadores de múltiplos órgãos falecidos no Estado da Bahia.

E traz como objetivos específicos: caracterizar a população de doadores renais falecidos na Bahia, segundo a região de captação (OPO); avaliar características clínicas como idade, sexo, etnia, causa da morte, comorbidades (HAS, DM, infecção), creatinina no momento da captação e presença de sorologias virais específicas (HCV, HBV) e avaliar a taxa e o motivo de recusa de órgãos das equipes transplantadoras renais no Estado da Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: há um risco de exposição da identidade dos doadores falecidos, porém os pesquisadores estão comprometidos a assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos falecidos e seus familiares, estando de acordo com a Resolução CNS 466/12.

Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº

Bairro: Caixa D Água

CEP: 40.323-010

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3342-2505

Fax: (71)3117-1972

E-mail: armenio@terra.com.br

**HOSPITAL ANA NERY -
HAN/SESAB**

Continuação do Parecer: 793.925

Benefícios: com a caracterização, é possível facilitar a identificação de doadores falecidos em potencial no futuro, agilizando o processo, disponibilizando um tempo maior para que as famílias decidam sobre a doação, que os receptores compatíveis sejam encontrados, que os órgãos sejam captados e possam ser transportados para o local do transplante, ou seja, agilizar o processo como um todo, além de identificar as características que estão associadas a rejeição dos órgãos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, porém os pesquisadores precisam se atentar para a escrita do trabalho e também para os aspectos metodológicos; em alguns momentos, tais aspectos foram apresentados de forma errônea.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em consonância com o recomendado pelo presente CEP.

Recomendações:

Vide comentários e considerações sobre a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ausente, projeto em consonância com o recomendado pelo CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 16 de Setembro de 2014

Assinado por:
ÂRMÊNIO COSTA GUIMARÃES
(Coordenador)

Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº

Bairro: Caixa D'Água

CEP: 40.323-010

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3342-2505

Fax: (71)3117-1972

E-mail: armenio@terra.com.br