

# Impacto da Disponibilidade de Profissional com Dedicção Exclusiva no Processo de Doação de Órgãos

## Impact of Professional Availability with Dedication Exclusively in the Process of Organ Donation

Camila Luzia Damiana Chieratto<sup>a</sup>; Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga<sup>b\*</sup>; Bárbara Vidal Cavasini<sup>c</sup>; Gabriela Thevenard<sup>c</sup>; José Alberto Fernandes da Silva Filho<sup>c</sup>; Leandro de Carvalho Cagnoni<sup>c</sup>; Pedro José de Lima Salgueiro Silva<sup>c</sup>; Guilherme Caparroz Franchini<sup>c</sup>; Terezinha Soares Bisceglia<sup>c</sup>;

<sup>a</sup>Faculdades Integradas Padre Albino, Hospital Escola Padre Albino. SP, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Cirurgia. SP, Brasil.

<sup>c</sup>Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Medicina. SP, Brasil.

\*E-mail: novo02@uol.com.br.

---

### Resumo

Morte encefálica é definida como a parada total e irreversível das funções encefálicas de causa conhecida e constatada de modo indiscutível, caracterizada por coma aperceptivo, com ausência de resposta motora supraespinhal e apneia. Pacientes com diagnóstico reconhecido se tornam potenciais doadores de órgãos e tecidos, porém a correta abordagem familiar se torna fundamental para que a doação ocorra, sendo esta afetada por crenças, emoções e comportamentos. Objetivo: conhecer o impacto sobre a doação de órgãos, após a contratação de profissional com dedicação exclusiva. Métodos: estudo descritivo, utilizando informações contidas no banco de dados de um complexo hospitalar referência de alta complexidade para a região administrativa de Catanduva-SP, composta por 18 municípios, referente aos casos notificados de potenciais doadores de órgãos para transplante no período de 6 anos, divididos em: Período A (janeiro de 2008 a junho de 2012, sem profissional de dedicação exclusiva às doações) e Período B (julho de 2012 a dezembro de 2015, com enfermeiro de dedicação exclusiva e especialização no processo de doação de órgãos). Conclusão: observou-se que, apesar da obtenção de um maior número absoluto de potenciais doadores, 350 (período B) contra 142 (período A), as doações efetivas antes (42,2%) e após (40,8%) a contratação do profissional não acusaram diferença estatisticamente significativa ( $p=0,778$ ). Tal fenômeno se deve, possivelmente, a subnotificação no primeiro período.

**Palavra-chave:** Morte Encefálica. Transplante. Obtenção de Tecidos e Órgãos.

### Abstract

*Brain death is defined as the total and irreversible failure of brain functions of known cause and indisputably verified, characterized by coma aperceptive with absence of supraspinal motor response and apnea. Patients with known diagnosis become potential donors of organs and tissues, but the correct family approach is fundamental so that the donation occurs, which is affected by beliefs, emotions and behaviors. The challenge for those who participate in the identification and data collection is ethical competence and identification of opportunities for improvement of the service. Therefore, a descriptive study was carried out using information contained in the database of a hospital complex, high complexity reference to the administrative region of Catanduva-SP, composed of 18 municipalities, referring to reports of potential organ donors for transplantation in period of 6 years, divided into: period A (January 2008 to June 2012, without exclusive dedication professional donations) and period B (July 2012 to December 2015, exclusively dedicated nurse and expertise in process organ donation). It was observed that despite obtaining a higher absolute number of potential donors, 350 (B period) to 142 (period A), in percentage, had 40,8% of effective donations after hiring professional against 42,2% donations effective prior to this hiring, showing a reasonable decrease in the amount of actual donations. Thus, a negative result was observed opposite to that expected, probably by a sample of potential donors whose families have proven irreducible to their beliefs and opinions. There was not statistical difference between the periods ( $p=0,778$ ), maybe because the first period was underreported.*

**Keywords:** Brain Death. Transplantation. Tissue and Organ Procurement.

---

## 1 Introdução

A morte encefálica pode ser definida como a parada total e irreversível das funções encefálicas de causa conhecida e constatada de modo indiscutível, caracterizada por coma aperceptivo, com ausência de resposta motora supraespinhal e apneia<sup>1</sup>. Para o diagnóstico de morte encefálica é necessário dois exames clínicos e um exame complementar, que provem esses dados<sup>2</sup>. As principais causas de morte encefálica são: traumatismo crânioencefálico - TCE, o acidente vascular cerebral - AVC e a lesão cerebral hipóxico-isquêmica, que juntas somam mais de 90% das causas do coma<sup>3</sup>. Os exames clínicos, que podem evidenciar o diagnóstico, consistem em ausência de resposta a estímulos dolorosos (Glasgow 3)

e aos reflexos oculomotor, corneopalpebral, oculocefálico, ocolovestibular e reflexo da tosse. O médico deve sempre estar ciente que o diagnóstico de morte encefálica é, essencialmente, clínico e que a família deve ser informada antes mesmo da abertura do protocolo<sup>4</sup>.

A família se torna um ponto fundamental para a doação de órgãos, sendo que afeta crenças, emoções e comportamentos. O grande desafio para os que participam da identificação e captação de órgãos é a competência ética e a identificação das oportunidades de melhoria do serviço<sup>5</sup>.

A central de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNCDO<sup>6</sup> determina o gerenciamento e manutenção para alocação dos tecidos doados, sendo sempre informado e, após

uma avaliação rigorosa, disponibiliza o transplante indicando o receptor. Porém, cabe aos hospitais estarem preparados para acolher e explicar à família do potencial doador, uma vez que a doação depende da autorização do cônjuge ou parente de maior idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

Nos últimos anos houve grande aumento no número de transplantes de córneas realizados no Brasil e uma das estratégias utilizadas para que fosse possível esse crescimento foi conhecer o perfil assistencial dos hospitais, fazendo uma busca ativa de doadores, aumentando assim a captação dos tecidos e órgãos<sup>7</sup>.

As principais causas de recusa da doação de órgãos pelas famílias são: a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica, religiosidade, falta de competência técnica da equipe, longo tempo de processo, medo de mutilação, qualidade de atendimento, decisão de um único membro da família, experiência negativa em outro processo de doação, transferência do corpo<sup>8</sup>. Com isso, pode-se destacar que os principais motivos de não doação dos órgãos estão relacionados à falta de conhecimento sobre o processo pelos familiares, falta de conhecimento técnico e à abordagem dessas famílias pela equipe do hospital. Portanto, pode-se considerar que se a equipe hospitalar obtiver um membro responsável pela relação com a família, percebendo o momento frágil e delicado que estão vivendo, fazendo um acolhimento, de maneira apropriada e explicando todo o processo e como a doação de um órgão pode modificar o significado da morte, podendo salvar ou aumentar a sobrevivência de potenciais receptores de órgãos, pode haver um aumento ainda mais significativo da doação<sup>9</sup>. A maioria dos doadores é do sexo masculino, adulto jovem, com baixa escolaridade, o que dificulta ainda mais a doação de órgãos<sup>10</sup>.

A maior parte dos pacientes que necessita da doação de órgãos ainda vai a óbito, estando na lista de espera, o que mostra que mesmo com o aumento das doações ainda se tem uma balança desequilibrada, entre os que necessitam do transplante e os doadores, sendo necessárias melhorias e investimentos para a captação e sucesso na doação de órgãos<sup>11</sup>.

Assim, este artigo tem como objetivo conhecer o perfil dos potenciais doadores em um complexo hospitalar de ensino do interior do Estado de São Paulo e verificar o aperfeiçoamento no serviço de captação de órgãos e tecidos, após a contratação de um profissional adequadamente treinado, com dedicação exclusiva ao processo de doação.

## 2 Material e Métodos

Estudo descritivo, utilizando as informações do banco de dados (Epiinfo3,5,1®) da Comissões Intra-Hospitalares de Transplante de Órgãos e Tecidos - CIHDOIT<sup>16</sup> de um complexo hospitalar formado pelos Hospitais Escola Padre Albino e Emilio Carlos, de Catanduva-SP, referência de alta

complexidade para a região administrativa de Catanduva-SP, composta por 18 municípios, com uma população estimada de 284.435 habitantes (IBGE, 2010), referentes aos casos notificados de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2015. Os pacientes foram divididos em dois períodos: Período A, de janeiro de 2008 a junho de 2012, caracterizado pela ausência de um profissional de dedicação exclusiva; Período B, de julho de 2012 a dezembro de 2015, caracterizado pela presença de um profissional (enfermeiro) de dedicação exclusiva e com especialização no processo de doação de órgãos.

As variáveis incluídas neste estudo são: I) dados demográficos (sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil); II) circunstância do óbito (local e diagnóstico); III) parentesco na entrevista de acolhimento (primeiro grau consanguíneo: progenitores e prole; segundo grau consanguíneo: parentes colaterais - tios e primos; cônjuges: parceiros estáveis, conforme a legislação vigente; e outras formas de relação social ou legal: tutores, procuradores e amigos); IV) motivos de recusa da doação; e V) impacto da contratação de um profissional exclusivo e com treinamento específico no processo de doação.

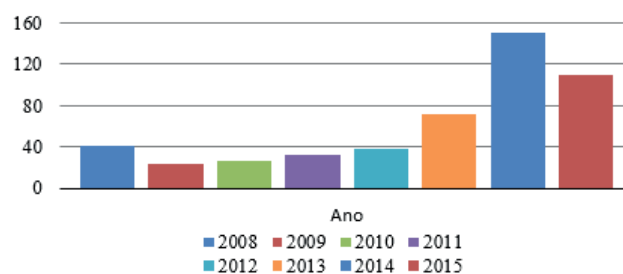
Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e medianas para as variáveis quantitativas. Os pacientes foram divididos em dois grupos: (a) doação efetivada e (b) doação não efetivada. Aplicou-se o teste estatístico de  $\chi^2$  para variáveis não paramétricas. Os resultados foram considerados significativos, a partir do valor de  $p < 0,05$ .

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), sob certificado de apresentação para apreciação ética (CAEE) nº 07455112.0.0000.5430.

## 3 Resultados e Discussão

Durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2015 foram notificados 492 potenciais doadores de órgãos e tecidos. Dos valores apresentados, 63,6% (313) eram do sexo masculino e 36,4% (179) do sexo feminino. A idade média dos contemplados foi de  $54,5 \pm 17,3$ . O número de entrevistas divididas por ano foi de 41 em 2008, 23 em 2009, 26 em 2010, 33 em 2011, 38 em 2012, 72 em 2013, 151 em 2014 e 109 em 2015.

Figura 1 - Número de entrevistas por ano



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às características dos entrevistados, a maioria era casada (44,7%), de cor branca (81,5%) e a religião praticada mais encontrada entre o total de doadores foi a católica (63,4%). Quanto à circunstância dos óbitos, o local de maior frequência foi a Unidade de Urgência e Emergência (UUE), com 46,7% das doações efetivas, tendo prevalecido o diagnóstico relacionado com as causas externas (24,4%).

Quanto à característica do entrevistador relacionadas

às doações, 41,7% das entrevistas foram realizadas pelo profissional capacitado, 51,4% realizadas por membros da enfermagem, 1% pelo médico e 5,9% sem informação.

No total, dos 492 potenciais doadores, houve 203 (41,3%) doações efetivas e 289 (58,7%) recusas de doações. Os motivos da recusa mais encontrados foram “desejo de manter o corpo íntegro” (36%), seguida por “desconhecimento do desejo do doador” (23,9%).

Os dados completos estão expostos no Quadros 1 e 2.

**Quadro 1** - Perfil das doações não efetivas atendidas no complexo hospitalar Padre Albino no município de Catanduva – SP. Brasil, de 2008 a 2015

Variável	Itens	Entrevistas Período A	Entrevistas Período B	P
Setor	Enfermaria	9,83%	17,73%	*0,0253£
	UTI	27,86%	41,84%	
	UUE	59,01%	39,71%	
	Outros	3,27%	0,70%	
Gênero	Masculino	58,06%	70,21%	0,1071**
	Feminino	41,93%	29,78%	
Escolaridade	Analfabeto	3,38%	6,03%	0,2249*
	Primeiro grau	61,01%	50,00%	
	Segundo grau	30,50%	41,37%	
	Superior	5,08%	2,58%	
Religião	Católica	83,87%	76,47%	0,3718*
	Evangélica	11,29%	20,58%	
	Outras	1,61%	1,47%	
	Nenhuma	3,22%	1,47%	
Estado Civil	União estável	8,19%	5%	0,6177*
	Separado	13,11%	10,71%	
	Solteiro	32,78%	27,14%	
	Viúvo	8,19%	12,85%	
	Casado	37,70%	44,28%	
Grau de parentesco	Cônjuge	22,95%	15,60%	0,0108*£
	Filho	26,22%	51,77%	
	Irmão	34,42%	24,82%	
	Neto	0%	0,70%	
	Pais	16,39%	7,09%	
Diagnóstico	Causas abdominais	5,17%	5,88%	0,00001*£
	Causas neurológicas	34,48%	22,79%	
	Causas externas	36,20%	10,29%	
	Causas cardíacas	20,68%	27,20%	
	Causas neoplásicas	0%	4,41%	
	Causas respiratórias	0%	17,64%	
	Outras causas	3,44%	11,76%	
Total		60 (42,2%)	143 (40,8%)	0,778**

Descartados os dados não informados; \* teste de  $\chi^2$ ; \*\* teste de Fisher exato; £ significância estatística.

Fonte: Dados da pesquisa.

**Quadro 2** - Perfil das doações não efetivas atendidas no complexo hospitalar Padre Albino no município de Catanduva – SP. Brasil, de 2008 a 2015

Variável	Itens	Doações não efetivadas Período A	Doações não efetivadas Período B	P
Motivo da recusa	Desejo de manter o corpo íntegro	43,20%	33,99%	0,3603*
	Desconhecimento do desejo do doador	18,51%	26,10%	
	Desejo contrário em vida	24,69%	20,68%	
	Familiares indecisos	12,34%	13,79%	
	Sem condições clínicas	0%	1,47%	
	Convicção religiosa	1,23%	0,49%	
Total		82 (28,5%)	207 (71,5%)	

\*teste de  $\chi^2$ .

Fonte: Dados da pesquisa.

A morte cerebral e a doação de órgãos e tecidos são práticas culturais contemporâneas que ainda enfrentam problemas de carência de informação junto à sociedade. Para alcançar a decisão de uma doação de órgãos e tecidos há necessidade de compreender a experiência no assunto da família do potencial doador<sup>12</sup>. Uma barreira muito frequente no processo de doação é formada pela inexistência de diálogo no seio familiar sobre o tema, pelos conflitos culturais, religiosos, éticos e emocionais dessas famílias. O temor pela deformação do corpo na doação resulta em um número alto de negativas familiares, quando comparada aos processos de doação de órgãos<sup>13</sup>.

A doação de órgãos e tecidos para transplantes exige competência ética dos profissionais de saúde, a fim de garantir a melhoria contínua nesse processo, dando ênfase à comunicação adequada entre a equipe e os familiares. Certamente que a autonomia da família deve ser respeitada, o objetivo não pode ser somente a doação, há de se ter uma maior preocupação com essas pessoas, que se encontram fragilizadas, em um momento delicado e conflituoso desencadeado pelo processo de luto. Os esforços e atenção devem ser voltados a eles, mas não no sentido de convencimento, até mesmo porque a doação de órgãos não é uma tarefa de convencimento e sim de acolhimento<sup>14,15</sup>.

A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO<sup>2</sup> aponta que metade das famílias dos potenciais doadores recusa a doação. Todavia, nos últimos anos houve um grande aumento no número de transplantes realizados no Brasil, sendo que uma das estratégias utilizadas para que fosse possível esse crescimento foi conhecer o perfil assistencial dos hospitais, fazendo uma busca ativa de doadores, aumentando assim a captação dos tecidos e órgãos<sup>17</sup>.

O complexo hospitalar formado pelos Hospitais Escola Padre Albino e Emílio Carlos, de Catanduva-SP, referência de alta complexidade para a região administrativa deste município, localiza-se em uma microrregião composta por 18 municípios, com uma população estimada de 284.435 habitantes.

A partir dos resultados, observou-se que, dos 492 potenciais doadores, 203 (41,3%) levaram às doações efetivas. Com a contratação do profissional capacitado para executar acolhimento, nos processos de doações, houve um aumento significativo no número absoluto de entrevistas de potenciais doadores: de 142 (28,8%) no Período A para 350 (71,2%) no Período B. Com estes números se pode intuir que a contratação do profissional foi efetiva, no que diz respeito ao incentivo de iniciar um processo de doações de órgãos, tanto dos demais profissionais de saúde do Hospital, quanto dos familiares dos pacientes que vieram a óbito. A entrevista familiar já foi definida como “técnica de intervenção que permite estabelecer uma relação profissional e um vínculo intersubjetivo e interpessoal entre duas ou mais pessoas<sup>18”</sup>, sendo que para esta instituição a contratação de profissional qualificada permite que novas técnicas de entrevista e abordagem a família do potencial doador sejam aplicadas.

Quanto às características dos entrevistados, a maioria era casada (44,7%), de cor branca (81,5%) e a religião praticada mais encontrada entre o total de doadores foi a católica (63,4%). Quanto à circunstância dos óbitos, o local de maior frequência foi a Unidade de Urgência e Emergência - UUE, com 46,7% das doações efetivas, o que se mostrou diferente do encontrado em outros trabalhos, que evidenciaram a Unidade de Terapia Intensiva como o local mais frequente, ficando a Urgência e Emergência em segundo lugar<sup>20</sup>.

O diagnóstico que prevaleceu foi o relacionado a causas externas (24,4%). Embora outros trabalhos coloquem esse diagnóstico em segundo plano, ficando em primeiro lugar o acidente vascular cerebral hemorrágico<sup>20</sup>, os números da atual pesquisa se encontram de acordo com os números divulgados pela central de transplante, que identificou como causa mais frequente o trauma crânio encefálico (62,6%, incluídos os acidentes de trânsito, armas de fogo e outros), seguido do acidente vascular cerebral (30,9%)<sup>23</sup>.

Quanto à característica do entrevistador relacionada às doações, 41,7% das entrevistas foram realizadas pelo profissional capacitado, 51,4% realizadas por membros da enfermagem, 1% pelo médico e 5,9% sem informação.

Das 203 doações efetivas, 60 (42,2%) ocorreram no período A e 143 (40,8%) ocorreram no período B. Essa pequena diminuição nos valores percentuais, em contrapartida ao aumento de entrevistados no período B, pode refletir a realidade populacional, no que diz respeito à doação de órgãos, infelizmente, um tema ainda pouco discutido e esclarecido à população geral. Deve-se considerar também o fato de que no período A, a legislação vigente não regulamentava com clareza a abordagem de todos os potenciais doadores, inclusive a necessidade de registro em prontuário. Assim, os autores acreditam que àquela época somente eram informados os potenciais doadores, cuja família, em algum momento, expressasse vontade de doar, mesmo que o processo não se concretizasse e que, conseqüentemente, os valores do citado período possam estar superestimados. O trabalho de Garcia evidenciou que a subnotificação de possíveis doadores é uma das causas do baixo número de doações no Brasil<sup>23</sup>, o que torna razoável pensar que o mesmo tenha acontecido nesta instituição, antes da contratação de profissional qualificado.

Das 289 doações não efetivadas, 82 (28,5%) ocorreram no período A e 207 (71,5%) no período B. Os motivos da recusa das doações mais encontrados no período A foram “desejo de manter o corpo íntegro” (42%), seguido por “desejo contrário em vida” (24,3%). Já no período B, embora o mais encontrado também tenha sido o “desejo de manter o corpo íntegro” (33,4%), o segundo colocado foi o “desconhecimento do desejo do doador” (25,3%). É importante comentar que o aumento do número de recusa das doações no período B, quando comparado ao período A, não representa que o trabalho do profissional contratado esteja desencorajando os familiares a consentir para as doações, mas sim que seu trabalho permitiu um maior número de famílias entrevistadas para este

fim. Artigo publicado, em 2007, constatou que desconhecer os desejos do seu familiar sobre doações de órgãos é uma das principais razões declaradas pelas famílias não-doadoras<sup>24,25</sup>.

O supracitado aumento do número de entrevistas realizadas levou ao melhor esclarecimento sobre os motivos de recusa de doações e mostra a necessidade de iniciar campanhas de melhor promoção quanto ao processo de doação de órgãos, tanto para incentivar profissionais de saúde a esclarecer melhor as dúvidas dos familiares, quanto para diminuir a carência de informações sobre o tema perante a população de forma geral<sup>17</sup>.

Na análise global, apesar da obtenção de um maior número absoluto de potenciais doadores no período B (350), quando comparado ao período A (142), as doações efetivas antes (42,2%) e após (40,8%) a contratação do profissional, não acusaram diferença estatisticamente significativa. Isto pode ser explicado por problemas na notificação dos potenciais doadores, que não efetivaram a doação e/ou a deficiência na busca ativa de doadores. Entretanto, um fato incontestável é que a busca ativa dos potenciais doadores efetivamente elevou a oferta de órgãos ao sistema, demonstrando a importância de se contar com profissionais com dedicação exclusiva ao processo de doação.

Ressalta-se que este estudo apresenta limitações geográficas por ter sido realizado apenas na cidade de Catanduva-SP, embora se acredite que essa realidade é transferível para outras regiões do território brasileiro semelhantes. Quanto às limitações de nível externo, as variáveis não podem ser controladas na medida em que a temática abordada é influenciada por aspectos subjetivos, como: cultura, educação, sentimentos, emoções, crenças e valores - os quais influenciam o atendimento dos pacientes e familiares. A validade externa também é limitada, pois não é possível generalizar locais ou amostras que não as estudadas, permitindo-se apenas a transferência de conclusões para realidades semelhantes<sup>25</sup>.

#### 4 Conclusão

Com o estudo se pode concluir que na análise global se obteve um maior número absoluto de potenciais doadores no segundo período de estudo - B (350), quando comparado ao período A (142), porém as taxas relativas de doações efetivas, antes (42,2%) e após (40,8%) a contratação do profissional, não acusaram diferença estatisticamente significativa. Isto pode ser atribuído a problemas na notificação dos potenciais doadores, que não efetivaram a doação e/ou a deficiência na busca ativa de doadores no período A. Entretanto, com a implantação da busca ativa para potenciais doadores no complexo hospitalar, realizada de forma rotineira, sistemática e por profissional capacitado, efetivamente elevou a oferta de órgãos ao sistema, demonstrando a importância de se contar com profissionais com dedicação exclusiva ao processo de doação.

#### Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.480, de 08 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1997 ago. 21; Seção 1, p.18.227-8.
2. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). Dados gerais. RBT - Reg Bras Transplantes 2008;14(2):9-45.
3. Wijdicks EF. The diagnosis of brain death. N Engl J Med 2001;344:1215-21.
4. Brasil. Presidência da República. Lei dos Transplantes de órgãos n. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. 2016 [acesso 24 mar. 2016]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9434compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434compilado.htm).
5. Roza BA. Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação. São Paulo: USP; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 901/GM/MS, de 16 de agosto de 2000. Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. 2000 [acesso em 23 mar 2016]. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0901\\_16\\_08\\_2000.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0901_16_08_2000.html).
7. Moraes EL. A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
8. Stein A, Hope T, Baum JD. Organ transplantation: approaching the donor's family. BMJ 1995;1310:1149-50.
9. IBGE. Distribuição das principais causas de morte, Brasil – 1980, 1996 e 2004. 2005 [acesso em 23 mar 2016]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24421](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24421) c.
10. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenação do Sistema Estadual de Transplante. Doação de órgãos e tecidos. São Paulo: SES; 2002.
11. Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. Texto Contexto Enferm 2008;17:45-54.
12. Roza BA, Garcia VD, Barbosa SFF, Mendes KDS, Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. Acta Paul Enferm 2010;23:417-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300017>.
13. Erbs JL, Schirmer J, Possa S, Roza BA. Análise dos óbitos de um hospital: busca ativa por potenciais doadores de córneas. Rev Enferm UERJ 2012;20(3):328-33.
14. Pessoa JL, Schirmer J, Roza BA. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. Acta Paul Enferm 2013;26(4):323-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400005>
15. Brasil. Portaria n. 2600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. 2009. [acesso em 21 dez. 2016]. Disponível em <http://sbn.org.br/app/uploads/portaria2600.pdf>.
16. Silva OC, Souza FF, Nejo P. Doação de órgãos para transplantes no Brasil: o que está faltando? O que pode ser feito? ABCD Arq Bras Cir Dig 2011;24(2):293-94.
17. Fonseca PIMN, Tavares CMM, Silva TN; Paiva LM, Augusto VO. Entrevista familiar para doação de órgãos: conhecimentos

- necessários segundo coordenadores em transplantes. *Rev Pesqui Cuid Fundam* 2016;8(1):3979-90.
18. Garcia CD, Pereira JD, Zago MK, Garcia VD. Manual de doação e transplantes. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
19. Souza BSJ, Lira GG, Mola R. Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar. *Rev RENE* 2015;16(2):194-200. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v16i2.2705>
20. Marcelo LC, Oliveira JA. Perfil epidemiológico dos potenciais e efetivos doadores de órgãos de Campo Mourão-PR. *SaBIOS Rev Saúde Biol* 2013;8(3):40-8.
21. Peruchi F, Bousso RS. Perfil de famílias abordadas para a doação de órgãos do filho. *Rev RENE* 2007;8(2):18-25.
22. Garcia VD. Por uma política de transplantes no Brasil. São Paulo: Office; 2000.
23. Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(1):45-54.
24. Garcia VD. (Org.). Por uma política de transplante no Brasil. São Paulo: Office; 2000.
25. Gonsaga RAT, Silva EM, Brugugnolli ID, Cabral JL, Thomé Neto O. Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1):9-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13171>.