

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: RECUSA DAS FAMÍLIAS

Giana Garcia Dalbem¹, Rita Catalina Aquino Caregnato²

¹ Enfermeira. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gianadalbem@hotmail.com

² Doutora em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carezuca@terra.com.br

RESUMO: Conhecer impeditivos das famílias que negaram doação de órgãos e tecidos foi o objetivo desta pesquisa exploratório descritiva quantitativa, realizada no Hospital Cristo Redentor, Rio Grande do Sul, com uma população de 74 registros das famílias que recusaram a doação em 2008. Coleta de dados retrospectiva, documental, nos formulários da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. Das famílias abordadas, 15,7% recusaram doação, sendo 48,6% pelo desconhecimento do desejo do potencial doador. Os outros motivos citados apontaram para 23% da manifestação do doador em vida contrária à doação, 17,6% pelo desejo da família em manter o corpo íntegro e 1,4% por convicções religiosas; 9,4% não registraram a causa da negativa. Considerando depender a doação exclusivamente de autorização familiar, mesmo com taxas de recusa consideradas aceitáveis, há necessidade de campanhas de conscientização, incentivando a população a manifestar seu desejo em doar e discutir em família a decisão tomada.

DESCRIPTORES: Doação. Negação. Família. Enfermagem.

ORGAN AND TISSUE DONATION FOR TRANSPLANT: FAMILY REFUSAL

ABSTRACT: To know what deters the families that refuse to donate organs and tissues was the goal of this descriptive quantitative exploratory research, that took place at Hospital Cristo Redentor, Rio Grande do Sul, in a sample of 74 records of families that refused donation in 2008; data collection was retrospective, documentary, among the forms from Intra-hospital Commission on Organ and Tissue Transplant Donation data base. Of the families addressed, 15.7% refused to donate; 48.6% doing so for not knowing the potential donor's choice. From the other reasons cited, 23% pointed the express choice of the living donor not to donate, 17.6% said that it was the family's wish to keep the body intact and 1.4% claimed religious views; 9.4% did not register the reason of the negative response. If one considers that the donation depends exclusively on family authorization, even with acceptable refusal rates, there is a necessity of awareness campaigns, claiming the people to express their wish to donate and to discuss the matter within the family.

DESCRIPTORS: Gift giving. Refusal. Family. Nursing.

DONACIÓN DEL ÓRGANO Y DEL TEJIDO PARA TRANSPLANTE: DENEGACIÓN DE LA FAMILIA

RESUMEN: Conocer impedimentos de las familias que negaron donación de órganos y tejidos fue el objetivo de este estudio exploratorio descriptivo cuantitativo, realizado en el Hospital Cristo Redentor, Rio Grande do Sul, en una muestra de 74 registros de las familias que recusaron a la donación en 2008; colecta de datos retrospectiva, documental, en los formularios de la Comisión Intra-hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes.. De las familias abordadas, 15.7% se recusaron a la donación, siendo 48,6% por desconocimiento del deseo del potencial donador. Los otros motivos citados apuntan 23% de la manifestación de los donantes en vida contrários a la donación, 17.6% por deseo de la familia en mantener el cuerpo íntegro y 1,4% por convicciones religiosas; 9,4% no registró la causa de la negativa. Teniendo en cuenta la donación depender únicamente del compromiso de la familia, mismo con tasas aceptables de rechazo, existe la necesidad de campañas de concienciación, animando a la gente a expresar su deseo de donar y discutir en familia su decisión.

DESCRIPTORES: Donación. Negativa. Familia. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Os transplantes de órgãos e tecidos são considerados uma terapêutica em diversas patologias crônicas e incapacitantes e oportunizam reabilitação e aumento da expectativa de sobrevida.¹⁻² No Brasil o primeiro transplante com doador cadáver foi um transplante renal e ocorreu em 1964, no Rio de Janeiro.³ Desde então, crescentes avanços impulsionaram esta terapêutica: implementação de técnicas cirúrgicas, desenvolvimento de drogas imunossupressoras,⁴⁻⁵ aprimoramento de cuidados intensivos e uso de soluções de preservação mais eficientes.^{3,5-7} Por outro lado, a medicina intensiva e a ventilação artificial permitiram aumentar a sobrevida de pacientes graves e com problemas neurológicos irreversíveis,⁶ passando a morte a ser vinculada a critérios neurológicos.⁴ A determinação de morte cerebral é estabelecida como necessidade técnica para efetivar a captação de órgãos em pacientes sem atividade cerebral instituída.⁶ No Brasil, o diagnóstico de morte encefálica é definido pela Resolução CFM 1.480/97;⁸⁻¹¹ após este diagnóstico a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) deve ser notificada compulsoriamente,^{9,11} independente da condição clínica do potencial doador ou desejo do familiar.⁹

O Brasil possui um dos maiores programas público de transplantes do mundo,^{3,5,12-13} com uma política fundamentada nas Leis nº 9.434/1997 e 10.211/2001,¹² tendo como diretrizes a “gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores, não maleficência em relação aos doadores vivos”.^{13,285} Os registros da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) mostram crescimento de 15% nas taxas de doações e transplantes no país em 2008¹⁴; contudo, ainda existe uma fila de espera com mais de 60 mil pacientes.^{13,15} A lista das pessoas que esperam o transplante é maior que a captação de órgãos e tecidos.^{1-2,11,16}

A maior fonte de obtenção de órgãos decorre de doadores cadáveres com morte encefálica, isto é, pacientes com destruição completa e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mantidos artificialmente por suporte vital.⁷ Estima-se que apenas “1 a 4% dos pacientes que morrem em hospital e 10 a 15% dos que morrem em centros de cuidados intensivos apresentam o quadro de morte encefálica”.^{7,313} No Rio Grande do Sul, aproximadamente 600 pessoas/ano têm morte encefálica, sendo que apenas metade destas é notificada.¹³

No Brasil, para a doação de órgãos e tecidos tornar-se efetiva, é necessário o consentimento da família, conforme artigo 4º da Lei nº 10.211, de

23 de março de 2001,¹⁷ que define como forma de manifesto à doação o Consentimento Informado; assim, “a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes e/ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte”.^{17,1}

Pesquisas apontam como problema grave, que impede o maior crescimento dos transplantes, a recusa dos familiares de potenciais doadores para a doação de órgãos e tecidos.^{1-2,16,18-21} Entre os impeditivos para a doação encontram-se: conhecimento limitado do conceito de morte encefálica,¹⁶ desconhecimento do desejo do potencial doador,^{16,19} religiosidade,¹⁶ demora na liberação do corpo²⁰ e medo da comercialização de órgãos.²² O índice de não-autorização familiar no ano de 2008 no Brasil foi de 22,2% e no Rio Grande do Sul 27,1%.²³ Outros obstáculos na efetivação do processo de doação têm sido citados como não-identificação e manuseio inadequado do potencial doador^{5,16} e contra-indicação clínica.²

Uma pesquisa sobre experiência da família que vivencia a decisão da doação de órgãos, publicada em 2008, afirma que, mesmo existindo uma legislação própria para doação de órgãos, o tema é ainda um dilema para profissionais de saúde, religiosos e a sociedade em geral,¹⁸ contudo, observa-se crescente interesse da mídia em apresentar à sociedade o problema dos transplantes. Reportagens recentes publicadas em revistas,⁵ jornais^{4,11,24} e em programas de televisão (um deles em horário nobre apresentou uma série sobre transplantes),²⁵ despertam o interesse da população e desencadeiam um debate sobre este tema, sensibilizando um grande número de pessoas e modificando conceitos pré-existentes.

A motivação que impulsionou a realização desta pesquisa está relacionada à atuação como técnica de enfermagem em um serviço de emergência de um grande hospital público de Porto Alegre, onde percebi o esforço da comissão de doação de órgãos e tecidos em tornar a doação efetiva *versus* as dificuldades encontradas. Ao realizar estágio como acadêmica de enfermagem em uma unidade de pediatria, observei o outro lado: crianças aguardando na lista de espera pela doação, sem nenhuma expectativa em relação ao seu prognóstico. Esta dicotomia motivou-me a realizar uma pesquisa para investigar os motivos que levam as famílias a serem contrárias ao processo de doação. Coloca-se

como situação problema de pesquisa: quais são os impeditivos mais frequentemente alegados pelos familiares para não doação de órgãos e tecidos? Como forma de responder a este questionamento optou-se em desenvolver uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa com objetivo de conhecer os impeditivos dos familiares que negaram a doação de órgãos e/ou tecidos, no Hospital Cristo Redentor, Rio Grande do Sul. Esta investigação pretende apresentar o perfil e levantar as causas de morte dos potenciais doadores em que as famílias recusaram a doação de órgãos e/ou tecidos, bem como descrever os motivos que levaram a família a recusar a doação.

Os resultados deste estudo permitirão evidenciar as principais dificuldades encontradas no processo de doação entre as famílias, permitindo trabalhá-las futuramente.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratório descritiva com abordagem quantitativa. Esta tipologia permite realizar uma investigação do tema em estudo, identificando os fatores a ele relacionados e permitindo descrever a realidade encontrada.²⁶ A abordagem quantitativa possibilita mensurar as variáveis pesquisadas. O campo de ação deste estudo foi o Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre-RS, com perfil de atendimento ao trauma, principalmente às vítimas de acidente, popularmente conhecido como Pronto-Socorro da região norte de Porto Alegre-RS. É um dos quatro hospitais pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), todos de grande porte e com atendimento exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O HCR possui 283 leitos; destes, 11 são da UTI Central e nove da UTI intermediária, com foco no atendimento das especialidades de traumatologia, ortopedia e neurocirurgia. Em 2008, atendeu 129.338 consultas de emergência e registrou 7.368 internações hospitalares.²⁷

A Portaria nº 1.752, de 2005,²⁸ determina que todos os hospitais brasileiros públicos, privados e filantrópicos, com mais de 80 leitos, constituam uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT); esta é responsável, entre outras funções, em notificar situações possíveis de doação de órgãos e tecidos à Central de Transplantes. O HCR, adequado à legislação vigente, dispõe de uma CIHDOTT constituída por uma equipe multiprofissional, funcionando em regime de plantão, habilitada a desenvolver o processo de captação de córneas e múltiplos órgãos.

Os profissionais que atuam na comissão interligam-se àqueles que prestam atendimento direto ao paciente, pois estes são responsáveis em avisar a comissão da existência de um potencial doador na unidade onde trabalham. É considerado potencial doador qualquer pessoa com diagnóstico clínico de morte encefálica, em que contra-indicações prévias tenham sido descartadas.¹ Cabe ressaltar que nesta pesquisa o termo potencial doador, foi utilizado tanto para múltiplos órgãos como para córneas, visto que na captação de córneas não é necessário que o potencial doador esteja em morte encefálica, podendo ser retiradas até seis horas após a parada cardíaca.⁹

A Secretaria de Saúde do Estado do RS dispõe de formulário específico do programa de transplantes denominado "Comunicação de possível doador", adotado pela CIHDOTT do HCR. Este formulário divide-se em três campos, assim apresentados: a) no primeiro campo encontram-se itens para registros dos dados de identificação do possível doador e sua causa de óbito; b) o segundo contém itens para os registros de exames clínicos, laboratoriais e um de caráter complementar; e c) terceiro, refere-se à entrevista realizada com os familiares e dados sobre a efetividade ou não da doação. No HCR o preenchimento deste formulário é de responsabilidade dos profissionais que atuam na CIHDOTT. Ao ser avisado da existência de um possível doador, o profissional de plantão da CIHDOTT dirige-se à unidade onde se encontra o paciente e inicia o preenchimento do formulário, investigando os dados existentes no prontuário e preenchendo o primeiro campo. Após a realização de dois exames clínicos (com intervalo entre eles específico à idade do paciente), por médicos distintos, não integrantes da equipe de remoção e transplantes, e constatação da morte encefálica, a Central de Transplantes é imediatamente notificada e o profissional da CIHDOTT encaminha-se para realizar a entrevista com a família, solicitando autorização para doação. Este processo difere no caso da doação de córneas: realiza-se inicialmente a entrevista familiar e somente após comunica-se a Central de Transplantes. Após coleta de todos dados referentes aos campos do formulário, os profissionais da CIHDOTT os transcrevem para uma planilha de Excel, ficando arquivado como documento na CIHDOTT do HCR.

Considerou-se a população deste estudo os 74 registros dos potenciais doadores identificados em que as famílias recusaram a doação de órgãos e/ou tecidos. Vale ressaltar que este percentual corresponde a 15,70 % dos 471 registros de potenciais doadores.

A coleta de dados desta pesquisa ocorreu de forma retrospectiva e documental, nos formulários existentes no banco de dados da CIHDOTT do HCR, através de instrumento elaborado pelas pesquisadoras, semelhante à planilha utilizada pela CIHDOTT, para transcrição dos dados. Neste instrumento constavam dados de identificação do potencial doador, idade, sexo, causa do óbito, tipo de morte (encefálica ou parada cardíaca), nome do profissional que realizou a entrevista, data e motivo da recusa.

A presente pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HNSC/GHC), por encontrar-se de acordo com a Resolução nº 196/1996,²⁹ do Conselho Nacional de Saúde, respeitando o anonimato e a privacidade dos pacientes envolvidos, tendo o parecer favorável em 11 de março de 2009, com o registro de número 007/09 FR: 239577.

Os dados foram analisados por percentuais simples sendo apresentados descritivamente e em forma de gráficos, possibilitando fácil leitura dos resultados encontrados. Os percentuais foram calculados considerando o total de 74 registros (100%) dos potenciais doadores das famílias que recusaram a doação de órgãos e/ou tecidos.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Quanto à faixa etária dos potenciais doadores das famílias que recusaram a doação de órgãos e/ou tecidos, a pesquisa identificou a oscilação entre 13 a 78 anos, com maior incidência entre 51-70 anos, conforme apresenta a Figura 1. Estes dados diferem do perfil etário encontrado nos potenciais doadores em uma pesquisa realizada entre 1988 a 1997, no Rio Grande do Sul, onde 28,7% estavam na faixa etária entre 21-30 anos, 23,4% entre 11-20 anos, e apenas 9,5% entre 51-70 anos.¹ Considera-se importante citar esta pesquisa realizada durante dez anos, no final do século XX, para apontar a mudança no perfil etário dos potenciais doadores deste início de século. Acredita-se que um dos motivos que possa ter influenciado esta mudança sejam os critérios de seleção dos doadores, que eram mais restritos.^{1,6}

Outro estudo recente, realizado em 2007, no mesmo local desta pesquisa, também apresentou mudança no perfil etário nos potenciais doadores de morte encefálica, tendo sido identificados "13 pacientes entre 31-50 anos, 12 pacientes entre 51-70 anos".^{11:724}

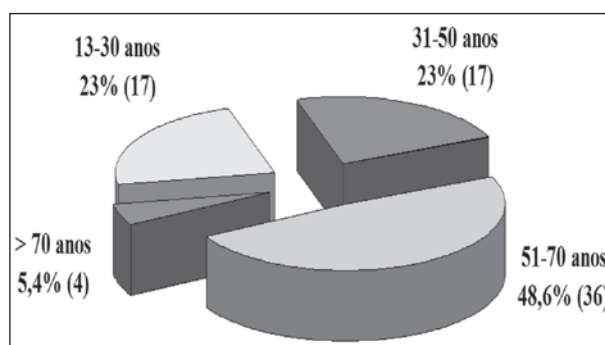


Figura 1 - Faixa-etária dos potenciais doadores das famílias que recusaram a doação de órgãos e/ou tecidos no HCR, de janeiro a dezembro de 2008.

Na amostra estudada, evidenciou-se que 63,5% dos potenciais doadores eram do sexo masculino. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde sobre a mortalidade da população brasileira nos anos de 2005 e 2006 mostrou prematuridade da morte no sexo masculino, apontando como 40% maior o risco do homem morrer do que a mulher.³⁰ O estudo de avaliação dos dez anos da Coordenação de Transplantes do Rio Grande do Sul também identificou maior frequência (69,2%) nos doadores em potencial do sexo masculino.¹ Outra pesquisa

realizada recentemente na mesma instituição deste estudo confirma o mesmo perfil, com 72,34% dos potenciais doadores do sexo masculino.¹¹ As pesquisas citadas confirmam os resultados deste estudo, mostrando o sexo masculino com maior incidência de mortalidade; conseqüentemente, de maior ocorrência para potenciais doadores.

Quanto aos motivos da morte nos óbito dos potenciais doadores do sexo masculino, identificou-se 15 (32%) devido a Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), 14 (29,8%) a Acidente Vascular

Cerebral Hemorrágico (AVC-H), 11 (23,4%) a Ferimento de Arma de Fogo (FAF), 4 (8,5%) de causa desconhecida e 3 (6,3%) por outras causas. Estes dados são semelhantes aos apontados pelo Ministério da Saúde no Brasil, que apontam doenças do aparelho circulatório e causas externas como principais causas de morte no sexo masculino.³⁰ Na amostra estudada, das 27 mortes dos potenciais doadores do sexo feminino, 21 (77,8%)

ocorreram por AVC-H, confirmando as informações do Ministério da Saúde, de 2005, que apontam as doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte no sexo feminino.³⁰

Ressalta-se a maior exposição dos homens em situações potencialmente traumáticas; portanto, o homem tem o risco de morte duas a três vezes maior que o sexo feminino.¹⁰

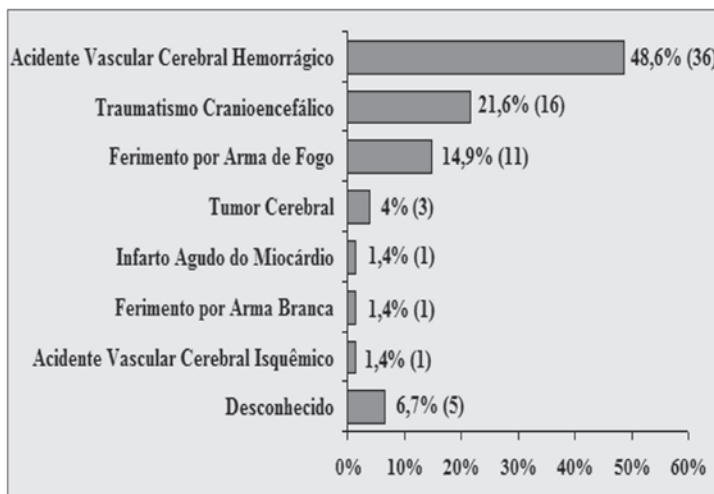


Figura 2 - Causas de óbito nos potenciais doadores das famílias que recusaram a doação de órgãos e/ou tecidos no HCR, em ambos os sexos, no período de janeiro a dezembro de 2008.

Ao comparar as causas de óbitos ocorridas na amostra estudada (Figura 2), evidenciam-se diferenças nos resultados divulgados pela Central de Transplantes (na avaliação dos dez anos),¹ pois identificou o TCE 62,6% como causa mais frequente (incluído nesta variável os acidentes de trânsito, armas de fogo e outros) e 30,9% de AVC; verifica-se

que, mesmo somando os casos ocorridos de TCE e os FAFs (supondo que tenham sido de Crânio) desta pesquisa, resultaria 36,5% de TCE. Portanto, o AVC-H continuaria sendo a principal causa de morte. Outra pesquisa realizada no Brasil, em 2005, apresenta as doenças cerebrovasculares como principal causa de óbito.³⁰

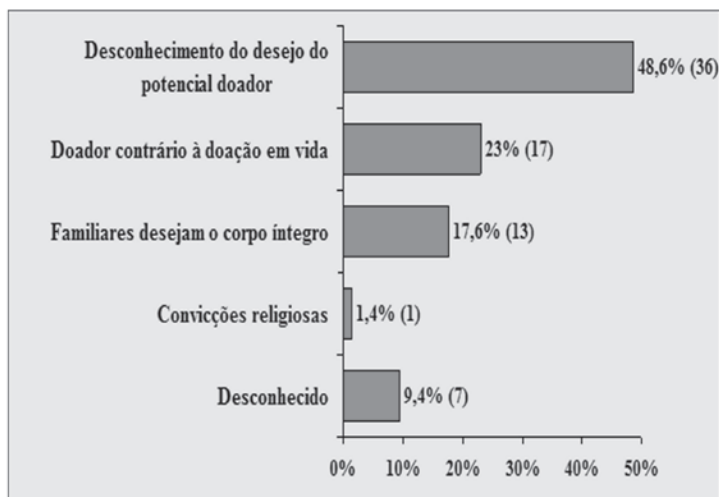


Figura 3 - Motivo da não autorização para doação de órgãos e/ou tecidos das famílias abordadas no HCR, no período de janeiro a dezembro de 2008.

A recusa familiar tem sido apontada como fator limitante na disponibilização de órgãos e tecidos.² Observa-se na Figura 3, como motivo mais frequente alegado para não autorização familiar da doação, o desconhecimento do desejo do potencial doador. Em 2007, um estudo publicado na Revista Brasileira de Terapia Intensiva havia constatado que “desconhecer os desejos do seu familiar sobre doação de órgãos é uma das principais razões declaradas pelas famílias não-doadoras”.^{16,88}

Um trabalho realizado com adolescentes sobre as crenças negativas à doação de órgãos, 66,0% não autorizariam a doação dos órgãos de um familiar, por não terem discutido o tema com ele em vida.²²

Uma pesquisa realizada na Santa Casa de São Paulo, em janeiro de 2000 a dezembro de 2002,²¹ identificou a negativa expressa em vida (26%) como motivo mais citado; contudo, deve-se considerar que em um ano deste estudo a forma de doação era a presumida, ou seja, todos eram doadores potenciais, exceto aqueles que declarassem em vida a objeção por meio de registro geral ou documento de habilitação. Constatou-se que mesmo com a alteração da Lei em 2001, prevalecendo a vontade da família, não ocorreram mudanças consideráveis no percentual dos potenciais doadores que se declaram não doadores em vida (23%), conforme Figura 3.

Outra pesquisa buscou nas produções científicas, nacionais e internacionais, os motivos mais frequentes da recusa familiar, encontrando: falta de compreensão do conceito de morte encefálica (ME); desconhecimento do desejo do falecido; grau de satisfação com o atendimento médico prestado; questões religiosas; problemas com a integridade do corpo após extração dos órgãos (medo da mutilação); negação da morte; falta de consenso da família e recusa em vida por parte do familiar.²

Verifica-se, na Figura 3, que quatro motivos mencionados pelos familiares pesquisados encontram-se entre os oito mais identificados nas produções científicas, no período de 1990 a 2004.

Outra pesquisa sobre a experiência de doar órgãos na visão dos familiares identificou que, mesmo famílias contrárias ao processo de doação, tendem autorizá-la, respeitando a vontade do falecido que expressou em vida seu desejo de doar órgãos;²⁰ portanto, verifica-se a importância de manifestar o desejo ou não de ser doador de órgãos e tecidos para a família.⁹

A Figura 3 apresenta um percentual insignificante de recusa por questões religiosas. Um estudo

consultado² relaciona o apego ao corpo mais aos valores culturais do que à religião, constando que a maioria das religiões é favorável à doação.²

A mesma pesquisa bibliográfica² realizada e citada anteriormente, identificou crescimento da produção científica internacional sobre recusa familiar na doação de órgãos, sendo os Estados Unidos o maior produtor de publicações sobre esta temática, e no Brasil mostrou-se incipiente.² A recusa representa 22,2% da não-efetivação na doação no Brasil;¹⁴ deste modo, representa entrave na obtenção de órgãos, ao lado de outras causas de igual importância, tais como: contra-indicação médica, manejo inadequado, baixos índices de notificação de potenciais doadores.²

Taxas em torno de 20% de recusa familiar são consideradas aceitáveis;¹ esta pesquisa identificou 15,7%. Este resultado evidencia uma melhoria dos percentuais em relação à aceitação das famílias em doar órgãos e tecidos, pois o estudo dos dez anos da Coordenação de Transplantes no Estado identificou 30,6% de não-autorização familiar.¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer os impedimentos das famílias consultadas no HCR que negaram a doação de órgãos e/ou tecidos durante o ano de 2008. Das famílias abordadas, 15,7% recusaram a doação, sendo o motivo mais citado para a negativa o desconhecimento do desejo do potencial doador; os outros motivos citados apontaram para a manifestação do doador em vida contrária à doação, pelo desejo da família em manter o corpo íntegro e por convicções religiosas.

O perfil dos potenciais doadores das famílias que recusaram a doação de órgãos e/ou tecidos constituiu-se na maioria do sexo masculino, sendo a faixa etária de maior incidência entre 51 e 70 anos, confirmando achados das últimas pesquisas em relação ao gênero e ampliando a idade dos potenciais doadores, provavelmente pela flexibilização dos critérios exigidos para a doação.

Das causas das mortes que levaram ao óbito, 48,6% foram por AVC-H, seguido por 21,6% de TCE e 14,9% de FAF, o que confirma como principal causa de morte as doenças cerebrovasculares.

O instrumento de coleta dos dados, além das informações utilizadas nesta pesquisa, contém campos adicionais relativos à captação de órgãos e/ou tecidos, nome do profissional que realizou a entrevista, notificação ou não à Central de Transplantes. Quanto ao seu preenchimento,

constatou-se que a maioria estava completa; contudo, alguns dados, por serem desconhecidos, não foram preenchidos, sendo justificado o motivo.

Considerando depender a doação exclusivamente de autorização familiar, mesmo com taxas de recusa consideradas aceitáveis, há necessidade de ampliar o debate sobre o tema; realizar campanhas para estimular e conscientizar a população, incentivar as pessoas a manifestarem seu desejo e discutir em família a decisão tomada. Frente à importância social que representa a doação de órgãos e tecidos, acredita-se que essas estratégias poderão contribuir para o aumento das doações, oportunizando um crescimento no número de transplantes, aumentando, assim, a sobrevida de milhares de pacientes que aguardam na fila por um transplante.

REFERÊNCIAS

- Garcia VD. Por uma política de transplantes no Brasil. São Paulo (SP): Office; 2000.
- Moraes EL, Massarollo MCKB. Estudo bibliométrico sobre a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de 1990-2004. *J Bras Transpl* [online]. 2006 Out-Dez [acesso 2009 Mar 20]; 9(4):625-9. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/jbt/vol9n_4/volumeCompleto.pdf
- Vilaça MV, Relator. Relatório de avaliação de programa. Programa doação, captação e transplante de órgãos e tecidos. Brasília (DF): Tribunal de Contas da União, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2006.
- Morais TR, Moraes MR, Diógenes WM. Mais educação, mais doações de órgãos. *J Bras Transpl* [online]. 2007 Abr-Jun [acesso 2009 Abr 3]; 10(2): 730-31. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/jbt/vol10n_2/index.aspx?idCategoria=1.
- Lopes AD, Magalhães N. Muito além da cirurgia. *Revista Veja*, ed. 2107, 42(14):102-12, 8 abril 2009.
- D'Império F. Morte encefálica: cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Rev Bras Ter Intensiva* [online]. 2007 Jan-Mar [acesso 2009 Mar 10]; 19(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a10v19n1.pdf>
- Garcia VD. A política de transplantes no Brasil. *Revista da AMRIGS* [online]. 2006 Out-Dez [acesso 2009 Mar 12]; 50(4):313-20. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/50-04/aesp01.pdf>
- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.480/97: defini os critérios para diagnóstico de morte encefálica [online]. 1997 [acesso 2009 Mar 3]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm
- Pestana JOM, coordenador. Entenda a doação de órgãos: decida-se pela vida. Informativo da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [encarte] [online]. 2002 Ago [acesso 2009 Mai 9]:1-4. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/doacaoOrgaosTecidos/pdf/entendadoacao.pdf>
- Moraes EL, Silva LBB, Glezer M, Paixão NCS, Moraes TC. Trauma e doação de órgãos e tecidos para transplante. *J Bras Transpl* [online]. 2006 Jul-Set [acesso 2009 Abr 3]; 9(3):561-65. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/jbt/vol9n_3/index.aspx
- Marques SHB, Cézaro P, Soares DC, Azeredo NSG. Resultados da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOOT) do Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre. *J Bras Transpl* [online]. 2007 Abr-Jun [acesso 2009 Abr 5]; 10(2):721-4. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/jbt/vol10n_2/index.aspx?idCategoria=1
- Ministério da Saúde (BR). Transplantes [online]. Brasília (DF): MS; [acesso 2009 Abr 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004
- Lima PCM, Luersen GF, Gulo-Neto S, Hartmann MJ. Transplantes de órgãos e tecidos. *Acta Médica*. 2007; 28:280-90.
- Garcia VD. Enfim, a retomada do crescimento. *Registro Bras Transpl* [online]. 2008 Jan-Dez [acesso 2009 Mar 14]; XIV(2): 3. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/anoXIV_n2/indexDados.aspx?idCategoria=2.
- Ministério da Saúde (BR). Lista de espera para transplante [online]. Brasília (DF): MS; 2008. [acesso 2009 Abr 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/TRANSPLANTES_LISTA_DE_ESPERA.pdf
- Rech TH, Rodrigues-Filho EM. Entrevista familiar e consentimento. *Rev Bras Ter Intensiva* [online]. 2007 Jan-Mar [acesso 2008 Set 25]; 19(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a11v19n1.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 10.221 de 23 de março de 2001. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento [online]. Brasília, 2001 [acesso 2008 Set 25]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei10211.htm>
- Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2008 Jan-Mar [acesso 2009 Mar 21]; 17(1):45-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/05.pdf>
- Moraes EL, Massarollo MCKB. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista Latino-am Enfermagem* [online]. 2008 Maio-Jun [acesso 2009 Abr 4]; 16(3):285. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_20.pdf

20. Sadala MLA. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. *J Bras Nefrol* [online] 2001 [acesso 2008 Set 27]; 23(3):143-51. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/23-3/v23e3p143.pdf>
21. Lima AAF, Moraes EL, Padrão MB. Fatores que influenciam a recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. *J Bras Transpl* 2006; 9:597-609.
22. Moraes MW, Gallani MCBJ; Meneghin P. Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2006 Dez [acesso 2008 Out 10]; 40(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a05.pdf>
23. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Causas da não efetivação da doação por Estado: analisadas sobre o número de não-doadores: ano 2008. *Registro Bras Transpl* [online]. 2008 Jan-Dez [acesso 2009 Abr 14];14(2):23. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/anoXIV_n2/indexDados.aspx?idCategoria=2
24. Winck L. Estado já não é referência em transplantes no Brasil. *Correio do Povo*, 2009 Abr 19; 13.
25. Varela D. Transplante: o dom da vida. Fantástico [programa de televisão]. São Paulo (SP): Rede Globo; 2009 Abr 12.
26. Polit DF. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
27. Grupo Hospitalar Conceição [online] [acesso 2009 Abr 10]. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=4>
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos [online]. Brasília; 2005 [acesso 2008 Set 25]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1752.htm>.
29. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
30. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde. Brasília (DF): MS; 2008 [online] [acesso 2009 Abr 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf