

NÃO EFETIVIDADE DAS DOAÇÕES DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

DONOR EFFECTIVENESS OF TRANSPLANTATION ORGANS AND FABRICS

Artigo Original

Marcos Antônio Vandega Lopes¹

Rita Mônica Borges Studart²

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto³

Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante⁴

Francisco Diogenes dos Santos⁵

RESUMO

Objetivou-se identificar as causas da não efetividade das doações de órgãos e tecidos para transplantes, em um hospital público do Ceará. Estudo descritivo, documental, retrospectivo, sob abordagem quantitativa, realizado na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes de um hospital do Ceará. A amostra foi constituída por 101 protocolos de diagnóstico de morte encefálica, com doação não efetivada. Verificou-se predominância de potenciais doadores do sexo feminino (65 – 64,4%), entre 40 e 49 anos (41 – 41,0%), que estavam no setor emergência, com diagnóstico de morte encefálica, por Acidente Vascular Encefálico hemorrágico (44 – 43,6%). A principal causa da não efetividade das doações foi a negativa familiar (54 – 53,5%), seja pelo desejo de manter corpo íntegro (17 – 16,1%), seja pela premissa de que o potencial não era doador em vida (23 – 23,1%).

Palavras-chave: Enfermagem; Transplantes; Doadores De Órgãos.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the factors of non-effectiveness of donations of organs and tissues for transplants in a public hospital in Ceará. A descriptive study, a retrospective documentary, with a quantitative approach, carried out at the Intra-Hospital Commission of Organ and Transplant Tissue Donation of the Hospital Geral of Fortaleza. The sample consisted of 151 diagnostic protocols for brain death that were opened at the study hospital from January to December 2016. Data collection was performed between January and February 2017. There were a predominance of potential female donors among 46 and 55 years old, who were in the emergency department, with a diagnosis of encephalic brain death. The main cause of the non-effectiveness of the

¹ Enfermeiro. Graduado pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Discente do curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: mvandega1.enf@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

³ Enfermeiro Sanitarista. Doutor em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

⁴ Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

⁵ Enfermeiro. Graduado pela UVA.

donations was the negative family, either by the desire to maintain intact body, or by the premise that the potential was not a donor in life. It is concluded that the family has a primordial role in the effectiveness of the donations, thus, it is necessary the adequate reception, taking into account the process of loss and regret.

Keywords: Nursing; Transplants; Tissue Donors.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos, vem sendo o melhor recurso para o tratamento de sujeitos com falência orgânica, quando outras terapias já não surtem efeito. Constitui-se como tratamento de grande número de enfermidades em fase terminal, favorecendo significativamente a sobrevivência e a qualidade de vida dos sujeitos submetidos a este tipo de intervenção.

Define-se transplante, a extração ou remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo de um doador vivo ou não vivo, com objetivo terapêutico⁽¹⁾. Os doadores vivos podem doar medula óssea, um dos rins, parte do fígado e parte do pulmão. Já os doadores não vivos em morte encefálica, possibilitam a doação de coração, pulmões, rins, córneas, fígado, pâncreas, ossos, tendões, veias e intestino⁽²⁾.

O diagnóstico de morte encefálica configura-se como um momento bastante difícil para família, sendo imprescindível o suporte adequado para que possam colaborar com o processo de doação e transplante. Logo, a assistência ao cliente com diagnóstico de morte encefálica, se caracteriza como uma atividade complexa, devendo seu manejo ser conduzido pela equipe multiprofissional⁽³⁾. A Lei Nº 10.211/2001 autoriza a família a admitir ou não o processo de doação, mesmo que o potencial doador tenha esclarecido em vida, seu desejo de doar⁽⁴⁾.

Diante dos pressupostos de que a doação de órgãos e tecidos para transplante configura-se como uma tecnologia moderna de proteção à saúde e a vida e, conseqüentemente, a melhor e mais eficaz conduta terapêutica para tratamento de sujeitos com disfunção terminal de órgãos, em que a família desempenha papel decisivo no processo de doação, objetiva-se identificar as causas que levaram a não efetividade das doações de órgãos e tecidos para transplantes em um hospital público do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo sob abordagem quantitativa, realizado na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de um hospital público terciário, localizado em Fortaleza - Ceará. O referido hospital é considerado referência em todo o Estado, na realização de transplante de rim, pâncreas, fígado e córneas.

A coleta de dados foi realizada durante o período de janeiro a fevereiro de 2017. Os dados foram coletados a partir de um formulário embasado nos prontuários utilizados pela equipe da CIHDOTT, contemplando dados sociodemográficos, local de internação, diagnóstico de morte encefálica e as causas da não efetividade das doações. A população foi constituída por 151 protocolos de diagnóstico de morte encefálica abertos no hospital do estudo, durante o período de janeiro a dezembro de 2016. Foi excluído do estudo doadores apenas de córneas. A amostra final foi de 101 protocolos de diagnóstico de morte encefálica com doação não efetivada calculada pela fórmula para população finita.

Os dados foram organizados no programa *Excel®*, e depois transferidos para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Versão 21.0*, sendo apresentados em forma tabular, e, fundamentados na literatura específica.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde - CNS, que discorre acerca da pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do referido hospital, obtendo parecer favorável de Nº 754.462.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o panorama geral de protocolos abertos, demonstrando que dos 151 protocolos iniciados, apenas 33% (50) foram efetivados e 67% (101) não foram efetivados, sendo os principais motivos da não efetividade: a negatividade familiar, seja pelo desejo de manter o corpo do ente querido íntegro, seja pela pejorativa de que o familiar não era doador em vida; seguida da condição clínica do cliente, em especial a neoplasia, principalmente por não possuir resultado de biopsia. Já dentre as efetivadas os principais órgãos doados foram: fígado ou rins e fígado.

Tabela 1. Descrição dos protocolos abertos dos sujeitos com morte encefálica, para doação de órgãos e tecidos. Fortaleza - Ceará, 2016. (n = 151)

TIPO DE DOAÇÃO	PROTOCOLOS ABERTOS	
	N	%
DOAÇÕES EFETIVAS		
Fígado e Rins	29	19,2
Fígado	12	8,0
Coração, Fígado e Rins	3	2,0
Rim	4	2,6
Pulmão, Fígado e Rins	2	1,3
Subtotal	50	33,0

TIPO DE DOAÇÃO	PROTOCOLOS ABERTOS	
DOAÇÕES NÃO EFETIVAS	N	%
NEGATIVA FAMILIAR		
Não era doador em vida	23	15,2
Desejo do corpo íntegro	17	11,3
Conflito familiar	6	4,0
Religião	3	2,0
Tempo prologando do processo	3	2,0
Atendimento familiar prévio insatis-fatório	2	1,3
CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE		
Neoplasia	18	12,0
Infecção	9	6,0
Sorologia Positiva (HIV/Hepatite)	5	3,3
Parada cardíaca por instabilidade hemodinâmica	10	6,7
Impossibilidade de completar o diagnóstico por instabilidade hemo-dinâmica	5	3,3
Subtotal	101	67,0
TOTAL	151	100,0

Assim, diante do panorama dos protocolos de doação de órgãos e tecidos iniciados foi possível traçar o perfil das doações não efetivadas, objeto deste estudo, bem como o local onde se encontrava o doador no momento da morte encefálica, como demonstra a Tabela 2.

De acordo com a Tabela 2, o maior número de potenciais doadores era do sexo, 64,4% (65). Já em relação a faixa etária percebeu-se predominância de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante entre 40 a 49 anos (41), ou seja 41,0%; seguido dos com idade igual ou superior a 60 (26), correspondendo a 25,0%.

Quanto à clínica hospitalar, ou melhor, o local de interação onde se encontrava o potencial doador, observou-se que a maioria estava na emergência, 46,6% (47); seguido do setor Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 26,8% (27). Vale

ressaltar que, 15,8% (16) dos potenciais doadores encontravam ainda na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Essas unidades são caracterizadas pela prevalência de clientes críticos e instáveis, e com um número elevado de óbitos em relação às outras unidades do hospital

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos sujeitos com diagnóstico de morte encefálica, com doações de órgãos e tecidos para transplantes não efetivadas. Fortaleza – Ceará, 2016. (n=101).

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Masculino	36	35,6
Feminino	65	64,4
Total	101	100,0
FAIXA ETÁRIA		
Menor de 20 anos	1	1,0
20 a 29	3	3,0
30 a 39	8	8,0
40 a 49	41	41,0
50 a 59	22	22,0
60 e mais	26	25,0
Total	101	100,0
LOCAL ONDE SE ENCONTRAVA O PACIENTE/POTENCIAL DOADOR		
Emergência	47	46,6
Unidade de Terapia Intensiva	27	26,8
Unidade de AVC	16	15,8
Enfermarias	8	7,9
Outros	3	2,9
Total	101	100,0
TOTAL	101	100,0

O local onde o paciente se encontrava internado tem uma estreita relação com as causas de não efetivação de potenciais doadores, apontadas como a falta de notificação da ocorrência de morte encefálica, a manutenção inadequada do potencial doador, a realização dos exames, problemas logísticos, tais como falta de infraestrutura hospitalar.

O diagnóstico de morte encefálica se constitui como um processo difícil para a família, que muitas vezes não compreende, seja pela falta de comunicação adequada, seja pela falta de preparo em lidar com a perda do ente querido.

A Tabela 3 mostra os principais diagnósticos de morte encefálica identificados nos protocolos abertos no hospital do estudo

Tabela 3. Distribuição das doações de órgãos e tecidos para transplantantes não efetivadas segundo o diagnóstico de morte encefálica de cliente potencial doador. Fortaleza – Ceará, 2016. (n=101).

DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA	N	%
Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico	44	43,6
Acidente Vascular Encefálico Isquêmico	22	21,8
Hemorragia Subaracnóidea (HSA)	7	6,9
Hemorragia Subaracnóidea (HSA) Fischer IV	6	5,9
Tumor Cerebral	13	12,9
Outros	9	8,9
TOTAL	101	100,0

Os dados evidenciaram que o diagnóstico de o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVE) foi o mais prevalente, com 43,6% (44) dos casos. Foi expressivo também o diagnóstico de AVE Isquêmico, perfazendo 21,8% (22) e o de Tumor Cerebral, com 12,9% (13) entre os potenciais doadores. Percebe-se que o perfil dos diagnósticos de ME mais prevalentes entre os potenciais doadores no hospital em questão se concentram nos diagnósticos relacionados a problemas neurológicos, que somados totalizaram 78,3% (79).

A Tabela 4 apresenta a casuística da não efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplante.

Tabela 4. Casuística da não efetividade das doações de órgãos e tecidos para transplante. Fortaleza – Ceará, 2016. (n=101).

CARACTERÍSTICAS	N	%
CONDIÇÕES CLÍNICAS DO CLIENTE		
Neoplasia	18	17,8
Parada Cardíaca por Instabilidade hemodinâmica	10	10,0
Infecção	9	9,0
Sorologia positiva (HIV, Hepatite)	5	5,0
Impossibilidade de fechar o diagnóstico por parada cardiorrespiratória	5	5,0
Subtotal	47	46,5

CARACTERÍSTICAS	N	%
NEGATIVA FAMILIAR		
Não era doador em vida	23	23,1
Desejo o corpo íntegro	17	16,1
Conflito familiar	6	6,0
Tempo prolongado no processo	3	3,0
Religião	3	3,0
Atendimento hospitalar prévio insatisfatório	2	2,0
Subtotal	54	53,5
TOTAL	101	100,0

De acordo com a Tabela 4 a principal causa da não efetividade da doação de órgãos e tecidos, foi a negativa familiar, correspondendo a 53,5% (54) da amostra, seguido das condições clínicas do cliente, com 46,5% (47). Dentre as principais causas da negativa familiar, destacaram-se a pejorativa de que o cliente não era doador em vida, o que representou 23,1% (23), seguido do desejo da família em manter o corpo íntegro, ou seja, 16,1 (17). Já entre as condições clínicas do paciente que não possibilitaram a doação de órgãos e tecidos, destaca-se a neoplasia sem biopsia, perfazendo 17,8% (18), seguida da instabilidade hemodinâmica devido a parada cardíaca, a saber, 10,05 (10); enquadrando-se no grupo de situações em que é contraindicado à doação.

DISCUSSÃO

No total de 151 protocolos abertos em 2016 em um hospital de Fortaleza, apenas 50 (33%) doações foram efetivadas. Achados esses semelhantes aos já disponíveis em outros estudos, que demonstram que no Brasil no ano de 2015, foram notificados 9.698 (47,8 pmp/ano) potenciais doadores, e destas apenas 2.854 (14,1 pmp/ano) doações efetivadas, equivalendo a 29,4%, o que se assemelha aos resultados desse estudo. No estado do Ceará no mesmo ano foram notificadas 538 (60,8 pmp/ano) potenciais doadores, e 208 (23,5 pmp/ano) doadores efetivos, equivalendo a 38,6%(5). Já entre janeiro a setembro de 2016 aconteceram 7.669 notificações (50,0 pmp/ano) no Brasil, e destas apenas, 2.215 (28,8%) foram doações efetivadas. No Ceará para o mesmo

período foram notificados 453 (77,8 pmp/ano) potenciais doadores, sendo efetivadas 172 (38%) doações⁽⁵⁾.

A caracterização dos potenciais doadores encontrada neste estudo equipara-se com os achados disponíveis na literatura específica, uma vez que demonstra mudanças no perfil desses sujeitos, com aumento significativo do sexo feminino, bem como a prevalência do AVC, em vez das causas traumáticas⁽⁶⁾.

A faixa etária variou de 20 a 60 anos ou mais de idade, sendo predominante a faixa etária entre 40 e 49 anos. Tais resultados são reforçados na literatura, que demonstra heterogeneidade de idade entre os potenciais doadores, onde a maioria destes são adultos, em idade economicamente ativa, corroborando com os achados deste estudo^(7,8).

O local onde se encontravam o potencial doador também foi um dado levado em consideração neste estudo, sendo percebido que a maior parte destes sujeitos encontravam-se nos setores de emergência, UTI ou Unidade de AVE. Apesar de alguns dos potenciais doadores estarem na UTI, ainda é comum a permanência destes em outros setores, contrariando o que preconiza a literatura. Pois, requer atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias para o diagnóstico, monitorização e terapia^(9,10).

A permanência de potenciais doadores em outros setores que não a UTI, como por exemplo a emergência, pode ser justificado pela superlotação e insuficiência de leitos nos hospitais de Fortaleza-Ceará. Analogicamente tal realidade é verificada na maioria das capitais brasileiras, que o setor emergência perdeu seu papel no atendimento e classificação inicial, sendo transformada em unidades de internamento pela superlotação das UTI, permanecem durante dias e até semanas em macas hospitalares à espera de vaga em enfermaria ou em UTI⁽¹¹⁾.

Já em relação ao diagnóstico de morte encefálica, evidenciou prevalência do AVE, hemorrágico ou isquêmico, o que representou 65,4% da amostra. Estudo acerca do perfil dos doadores de órgão e tecidos para transplante, demonstrou que entre os 305 prontuários analisados o principal diagnóstico da morte encefálica foi o AVE⁽¹²⁾. Tais achados assemelham-se ainda aos do Registro Brasileiro de Transplantes, em que o AVE se destacou como primeira causa de morte encefálica, seguido do TCE⁽¹¹⁾.

Considerando a família como elemento principal para autorização do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, existem causas e fatores que tornam-se favoráveis e não favoráveis a doação de órgãos e tecidos.

Em relação a casuística da não efetividade das doações de órgãos e tecidos para transplante, identificou-se que a negativa familiar, seguida da condição clínica do cliente foram os maiores entraves à doação, o que foi identificado também no estudo de Silva *et al.*⁽¹³⁾, que teve como objetivo conhecer o

perfil epidemiológico dos doadores de órgãos e tecidos humanos de um hospital público do Oeste de Santa Catarina, em que os autores evidenciaram que as principais causas da não efetividade concentram-se nas condições clínicas do paciente, entre elas a sorologia positiva de HIV ou Hepatites, as neoplasias e as infecções; e a não aceitação da família.

Evidenciou-se que os principais motivos que levaram os familiares a optarem pela não doação foi o desejo contrário do doador em vida, até pelo próprio desconhecimento do desejo do doador pelos familiares; seguido do desejo de manter a integridade do corpo do ente falecido. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Rosário *et al.*⁽⁷⁾.

Quando a família tem o conhecimento do desejo do falecido em ser doador, a doação torna-se incontestável e há um total favorecimento a doação, de modo que a família não se opõe a doação, pois assim não estaria agindo como um desrespeito à vontade em vida do falecido, e nem a preservação do corpo íntegro⁽¹⁴⁾.

Vale lembrar que desejo dos familiares em manter o corpo íntegro, observa-se a vontade da família de preservar o corpo do ente querido, não aceitando a doação por medo de que o corpo sofra mutilações e seja deformado com a retirada dos órgãos e tecidos. Infere-se ainda a crença cultural dos familiares em manter o corpo íntegro. Segundo Roza *et al.*⁽¹⁵⁾, o corpo representa a memória da vida passada que deveria ser guardada tão próxima quanto possível da pessoa amada.

Assim, a doação de órgãos configura-se ainda desafio para a equipe, que tem a responsabilidade de conduzir o processo, que vai desde o diagnóstico de morte encefálica, cuidado/ manutenção do potencial doador, acolhida e entrevista familiar para efetividade da doação. Assume ainda a competência técnica e ética para a garantia do processo, dando ênfase na comunicação adequada entre a equipe e a família, para evitar questões cotidianas de trabalho que impossibilite assistência prestada de maneira impessoal e rude, assim sendo um entrave no processo de doação, a favor da negativa familiar⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra que as principais causas da não efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplantes foram a negativa familiar, seguida da condição clínica do sujeito.

Com isso, entende-se que a doação de órgãos e tecidos para transplantes envolve etapas necessárias para efetivação. Cada seguimento possui particularidades, por isso profissionais envolvidos, médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem e assistentes sociais, devem conhecer e ter atitude efetiva, procurando ao máximo evitar que as dificuldades impeçam o êxito do processo.

O manejo do potencial doador de órgãos não é tarefa simples, pois, além da doença inicial, que levou o paciente

à internação na unidade, o próprio processo de ME envolve uma série de desordem que comprometem a homeostase da pessoa. Compreender este processo e os fatores que influenciam o desfecho é essencial para repensar estratégias que aperfeiçoem o procedimento de doação de órgãos, como também para propor novas ações que visem estabelecer protocolos e ações coerentes com a política de doação de órgãos.

O manejo da família deve ser repensado, levando em consideração o processo de perda e pesar. As diferenças e crenças devem ser levadas em consideração e, as dúvidas

quanto ao diagnóstico de morte encefálico devidamente esclarecido. É importante ainda que os profissionais se atentem quanto aos aspectos que circundam a entrevista familiar, que vai desde uma abordagem humanizada, até um diálogo sensível ao estado atual.

Por fim, como fator limitante deste estudo, destaca-se a amostra reduzida, que levou em consideração apenas abertos no ano de 2016. Como projeções futuras, destaca-se a importância de produções que envolvam a equipe multiprofissional e as fortalezas e fragilidades da doação de órgãos.

REFERÊNCIAS

1. Dantas FA, Vieira DS, Souza JO, Fernandes LTB, Zaccara AAL. Aspectos éticos e legais da doação e transplantes de órgãos no Brasil. In: Anais do 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2012 Ago 9-12; Fortaleza, Brasil. Fortaleza (CE): COFEN, 2012.
2. Pereira WA. História dos transplantes. Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos. 4ª ed. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 2012.
3. Oliveira ER, Fernandes SCC. A vivência do enfermeiro no processo de doação de órgãos em morte encefálica: dificuldades e desafios. Revista Tendências da Enfermagem Profissional. 2016; 8(3):1960-66.
4. Lei No 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União (Brasília) 2001.
5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). RBT. Registro Brasileiro de Transplantes. 2015.
6. Freire ILS, Quinídia Vasconcelos LDAQ, Torres GV, Araújo EC, Costa IKF, Melo GSM. Structure, process and outcomes of organ and tissue donation for transplantation. Revista Brasileira de Enfermagem, 2015; 68(5): 555-63.
7. Rosário EN, Pinho LG, Oselame GB, Neves EB. Family refusal facing a potential organ donor. Cadernos de Saúde Coletiva, 2013 Jul-Sep; 21(3):260-6.
8. Bittencourt RM, Gaiva MA, Rosa MKO. Profile of human resources for neonatal intensive care units of Cuiaba, MT. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2017 jan 20]; 12(2):258-65. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a05.htm>
9. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010: dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União (Brasília) 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002: dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Diário Oficial da União 2002
11. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). RBT. Registro Brasileiro de Transplantes. 2013; 19(4):22-23
12. Noronha MGO, Seter GB, Perini LD, Salles FMO, Nogara MAS. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. Rev AMRIGS. 2012;56(3):199-203.
13. Silva OM, Muniz T, Ascari RA, Kolhs M, Marciane K, Ferraboli S. Perfil de doadores de órgãos de um hospital público do oeste de Santa Catarina. Revista Cuidado Fundamental, 2014; 6(4):1534-1545.
14. Dalbem GG, Caregnato RC. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. Texto Contexto Enfermagem, 2010; 19(4):728.
15. Roza BA; Garcia VD; Barbosa SFF; Mendes KS; Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. Acta Paulista de Enfermagem, 2010 Mai-Jun; 2010;23(3):417-22.
16. Cinque VM, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Revista da Escola de Enfermagem USP 2010 [Acesso em 2017 fev 9]; 44(4):996-1002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/20.pdf>

Recebido em: 06.06.2017

Aprovado em: 30.06.2017