

Vivência das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos/tecidos para transplante

Resumo: Identificar as principais dificuldades vivenciadas pelas Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) que atuam nos hospitais da rede pública da cidade de Belém. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Das cinco instituições envolvidas na pesquisa somente duas possuem CIHDOTT em efetivo funcionamento, revelando uma disparidade entre a legislação e a realidade de Belém-PA. Observou-se como fatores limitantes desse processo a falta de conhecimento dos profissionais em relação ao protocolo de morte encefálica, falta de engajamento das equipes em relação ao processo de doação e o preconceito com os possíveis doadores. Demonstrou-se que muito se deve caminhar para alcançar um grau de excelência de doação e transplante nessas instituições. A sensibilização e educação contínua dos profissionais envolvidos no processo para melhor compreensão do processo de doação contribuirá de maneira positiva para a redução do tempo nas filas de espera para transplante.

Descritores: Diretrizes, Doação, Transplante.

Experience the committees intra-hospital of organ donation/ tissue for transplant

Abstract: *This study identifies the main difficulties experienced by Intra-hospital Committees for Donation of Organs and Tissues for Transplantation (CIHDOTT) working in public hospitals of the city of Belém. Descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Of the five institutions involved in research, only two CIHDOTT are effectively functioning, revealing a gap between legislation and the reality of Belém-PA. It was noted as limiting factors of this process the lack of knowledge among professionals regarding brain death protocol, lack of engagement of the teams regarding the donation process and prejudice with possible donors. It demonstrated that much work must be done to reach a level of excellence in donation and transplantation in these institutions. Awareness and continuing education of professionals involved in the process to better understand the donation process will contribute positively to the reduction of time on waiting lists for transplantation.*

Descriptors: *Guidelines, Donation, Transplantation.*

Experiencia de los comités de intra-hospital de donación de órganos/ tejidos para trasplante

Resumen: *Identificar las principales dificultades experimentadas por los comités intra-hospitalarios de donación de órganos y tejidos para trasplante (CIHDOTT) que trabajan en los hospitales públicos de la ciudad de Belém: Estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo. De las cinco instituciones que participan en la investigación tienen sólo dos CIHDOTT en funcionamiento efectivo, revelando una brecha entre la legislación y la realidad de Belém, PA. Se señaló como factores de este proceso de limitación de la falta de conocimiento entre los profesionales respecto al protocolo de muerte cerebral, la falta de compromiso de los equipos sobre el proceso de donación y los prejuicios con los posibles donantes. Se demostró que mucho tiene que avanzar para llegar a un nivel de excelencia en la donación y el trasplante en estas instituciones. Sensibilización y formación continuada de los profesionales que intervienen en el proceso de comprender mejor el proceso de donación contribuirá positivamente a la reducción del tiempo en lista de espera para el trasplante.*

Descriptores: *Directrices, Donación, Trasplante.*

Maicon de Araujo Nogueira

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência. Docente na Universidade do Estado do Pará - UEPA.
Email: enfnogueira@gmail.com

Carlos Richard Alves Leite

Enfermeiro. Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ.
Email: carlosrichard21@yahoo.com.br

Elielson Varlindo Reis Filho

Enfermeiro. Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ.
Email: enfreis32@gmail.com

Lúcia Menezes de Medeiros

Enfermeira. Especialista em Saúde do Trabalhador. Docente na Faculdade Metropolitana da Amazônia-FAMAZ.
Email: luciamedeioursos@gmail.com

Submissão: 14/06/2015

Aprovação: 23/07/2015

Introdução

Transplante é a retirada parcial ou total de uma estrutura corpórea ou órgão e seu implante na mesma pessoa ou em outro indivíduo¹. É descrito como um procedimento que oportuniza reabilitação e aumento da expectativa de vida, atualmente reconhecido como uma terapêutica eficaz em diversas patologias crônicas e incapacitantes².

Os avanços científicos, tecnológicos, organizacionais e administrativos têm corroborado de maneira significativa para o aumento expressivo do número de transplantes, embora esse número ainda se mostre insuficiente face à enorme demanda de pessoas inscritas nas filas do Sistema Nacional de Transplante (SNT) a espera desse procedimento³.

Transplante é um processo complexo, que se inicia com a identificação e manutenção dos potenciais doadores. O potencial doador em morte encefálica - ME pode doar os seguintes órgãos e tecidos: coração, pulmões, fígado, rins, pâncreas, intestinos, córneas, pele, ossos, tendões e veias. Com relação ao doador em vida, existem normas a serem cumpridas, tais como: o doador deve ter parentesco consanguíneo de até quarto grau com o receptor, além de submeter-se a inúmeros exames, como o de HIV1, hepatite B e C, e provas de função hepática, renal e pulmonar. Os órgãos que podem ser doados são: rim, medula óssea, parte do fígado ou do pulmão⁴. Seguidamente após a identificação do potencial doador, os profissionais de saúde comunicam à família a suspeita de ME, realizam os exames comprobatórios, notificam o potencial doador à Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTs), que, repassa a notificação para a Central de Notificação, Captação e Distribuição Órgãos (CNCDO)^{5,6}.

Nos últimos 10 anos ocorreram aumentos significativos no número de transplantes de órgãos em quase todos os estados brasileiros, estando o

país entre os que mais realizaram transplantes no mundo⁷. O transplante tornou-se uma opção exímia no tratamento da falência terminal de órgãos. Tal posição foi conquistada após grandes avanços nas áreas de terapia intensiva, imunologia e farmacologia; entretanto o transplante tornou-se "vítima" de seu próprio sucesso, a medida que o número de pacientes aguardando por esse procedimento excedeu a oferta órgãos⁸.

Desde o começo da história dos transplantes, inúmeras dificuldades são enfrentadas para a efetiva implantação deste método terapêutico. O fato é que apesar de todos os esforços empregados pelo meio científico, ainda hoje, enfrenta-se a questão da obtenção de órgãos, questão esta, envolta por um emaranhado de múltiplos outros complicadores⁹.

O Brasil dispõe do maior programa público de transplantes do mundo¹⁰. "É o terceiro país com maior número de transplantes no mundo, estando atrás apenas dos Estados Unidos e Espanha¹¹.

A portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, aprova o regulamento técnico do SNT, ampliando a criação das CIHDOTs anteriormente obrigatórias apenas para os hospitais públicos, privados ou filantrópicos com mais de 80 leitos e regulamentada pela portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005. A legislação vigente, portaria nº 2.600, no seu artigo 15, descreve a constituição das CIHDOTs, estabelecendo como composição básica, no mínimo, três membros integrantes do seu corpo funcional, dos quais um, deverá ser médico ou enfermeiro, assumindo a função de coordenador¹². O profissional da CIHDOTT realiza a avaliação das condições clínicas do potencial doador, da viabilidade dos órgãos e tecidos a serem extraídos e faz a entrevista para solicitação e consentimento dos familiares^{5,6}. Todo paciente cujo tratamento dispensado para o cérebro foi avaliado como ineficaz ou cuja ME é iminente ou já se estabeleceu é classificado como um potencial doador¹³.

O fator indispensável para o sucesso na captação de órgãos está na busca da doação, que implica a procura

ativa da família para a formalização do pedido¹⁴. “A família é quem autoriza a doação”. A Lei nº 10.211, publicada em 23 de março de 2001, que dispõe sobre o consentimento informado como forma de manifestação à doação; descreve que a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização dos familiares¹³. A política transplante se constitui em um processo, que se divide em: detecção, avaliação e manutenção do potencial doador, diagnóstico de ME, consentimento familiar, documentação de ME, remoção e distribuição de órgãos e tecidos, transplante e acompanhamento de resultados¹⁵.

A temática doação de órgãos tem sido bastante discutida em função da carência de doadores e do grande número de pessoas cadastradas nas filas do SNT. Estudos apontam déficit de conhecimento dos profissionais de saúde brasileiros acerca do processo de captação e transplante^{16,17}, que, somado à falta de informação sobre a existência e funcionamento das CIHDOTTs, podem contribuir de maneira significativa para o baixo nível de captação no cenário nacional, evidenciando, desta maneira, a necessidade de melhor compreensão do processo doação/transplante por parte dos profissionais de saúde, para que se possa reforçar efetivamente a cadeia de doação no âmbito nacional e principalmente no Estado do Pará. Tendo em vista essa necessidade faz-se necessário desenvolver estudos que visem fornecer informações mais esclarecedoras acerca do processo doação, transplante e funcionamento das CIHDOTTs. Dessa forma objetivou-se com esse estudo identificar as principais dificuldades vivenciadas pelas CIHDOTTs que atuam nos hospitais da rede pública da cidade de Belém-Pa.

Material e Método

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Foram selecionadas cinco instituições

hospitalares da região metropolitana de Belém-PA de acordo com a classificação descritas no artigo 14 da portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009¹⁸, dessas somente duas possuíam essas comissões funcionante.

Participaram da pesquisa os responsáveis pela coordenação de cada CIHDOTT, tendo como critérios para seleção destes sujeitos: ser integrante/coordenador das CIHDOTTs e ter interesse em participar da pesquisa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), sendo aprovado, protocolo nº 002133/2011, com autorização prévia das instituições de saúde e posterior assinatura do TCLE pelos sujeitos da pesquisa.

Foi aplicada entrevista semi dirigida com perguntas abertas, possibilitando a liberdade do entrevistado em discorrer sobre os questionamentos, não havendo tempo pré determinado para as respostas. O conteúdo das entrevistas foram gravados, sendo transcritos em sua integralidade para que não houvesse viés de memória, posteriormente selecionados e analisados. Após a leitura, as diversas categorias empíricas foram discriminadas por assunto e descritas.

As categorias empíricas foram organizadas de acordo com os seguintes tópicos: tempo de atuação da CIHDOTT, quantidade de membros que atuam na comissão, operacionalização da CIHDOTT, maiores dificuldades enfrentadas pela comissão no que diz respeito ao cumprimento das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), estratégias empregadas pela comissão para solucionar as dificuldades apontadas, processo de formação e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na CIHDOTT.

As falas dos coordenadores entrevistados foram identificadas por códigos, sendo utilizados codinomes para preservar o anonimato, com as seguintes denominações: “CIHDOTT coração”, “CIHDOTT pulmão.” A pesquisa foi realizada seguindo as normas que regulamentam pesquisa em seres humanos contidas nas Resoluções nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os conteúdos analisados foram ordenados segundo o eixo temático proposto que reuniu a base da redação deste relatório de pesquisa, no qual foram descritas as informações encontradas, suas fontes e reflexões dos pesquisadores. Os membros coordenadores entrevistados apresentavam formação superior em enfermagem e psicologia, recebendo os codinomes "CIHDOTT coração" e "CIHDOTT pulmão" respectivamente. Observou-se uma disparidade entre a legislação e a realidade nas instituições pesquisadas. Ficou claro o interesse dos coordenadores em participar de capacitações estando os mesmos bem orientados sobre a temática. Foram detectadas algumas problemáticas enfrentadas por essas equipes no sentido de adequação as diretrizes preconizadas pelo MS. Foi observado como fatores limitantes desse processo a falta de conhecimento de alguns profissionais acerca do protocolo de ME, falta de envolvimento das equipes em relação ao processo doação/transplante e o preconceito com os possíveis doadores.

Tempo de atuação da CIHDOTT na instituição

A Portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, preconiza que todos os hospitais brasileiros públicos, privados ou filantrópicos, que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecendo a seguinte classificação: CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória em terapia intensiva e/ou emergência, e profissionais da área de medicina intensiva e/ou pediatria, neurologia, neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico; CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e neurocirurgia com menos de 1000 óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não oncológico com mais de 1000 óbitos por ano ou com pelo menos um

programa de transplante de órgão com 200 a 1000 óbitos por ano deverão estar providos destas comissões¹⁸.

Das cinco instituições envolvidas na pesquisa somente duas possuem CIHDOTT's funcionando efetivamente, revelando uma disparidade entre a legislação e a realidade na cidade de Belém. As duas instituições pesquisadas estão de acordo com esta portaria como descrito nas falas da CIHDOTT CORAÇÃO "O trabalho aqui na CIHDOTT'S iniciou em 2006, atendendo a legislação. O mesmo consta na fala da CIHDOTT PULMÃO "A CIHDOTT atuou oficialmente a partir de setembro de 2006, por solicitação da legislação."

Quantidade de membros que atuam na comissão

Segundo a portaria nº 2.600/2009, que aprova o regulamento técnico do SNT, essas comissões devem ser compostas por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, que irá assumir o papel de coordenador¹⁸. As duas instituições pesquisadas demonstraram estar de acordo com a portaria supracitada no quesito número de profissionais de nível superior, mais no que diz respeito ao coordenador e vínculo com comissão a CIHDOTT CORAÇÃO demonstrou inadequações observadas na fala da coordenadora "Atualmente, eu sou a coordenadora como psicóloga; fazem parte da equipe mais duas psicólogas, uma assistente social e duas técnicas de enfermagem que tem o nível superior mais são concursadas como técnicas". A CIHDOTT PULMÃO se encontra dentro dos padrões preconizados pelo MS com o número adequado de membros de nível superior, tendo como coordenador um enfermeiro como descrito "Estamos atualmente com três profissionais de nível superior, um enfermeiro como coordenador e duas assistentes sociais como rege a legislação."

Operacionalização da CIHDOTT dentro da instituição

As atribuições das CIHDOTTs estão contempladas no Art. 16 da Portaria nº 2.600/2009^{18,19}. As CIHDOTTs pesquisadas desempenham suas atividades dentro das limitações apontadas em cada instituição, uma vez que a realidade de saúde do Estado do Pará se diferencia da realidade de outros Estados também no sentido de doação e transplante. Esse processo é complexo e dinâmico como descrito pela coordenadora da CIHDOTT CORAÇÃO "Nós temos autonomia para desenvolver projetos dentro do hospital, fazer a abordagem dos familiares para conseguir a permissão para captação, montar treinamentos e capacitações, para entrar nas UTIs, fazer o manejo necessário para que se possa melhorar a qualidade, viabilidade dos órgãos no caso de ME e até no caso de óbito para retirada das córneas, fazer a limpeza e higienização deste tecido."

Os passos da operacionalização foram melhor descritos pelo coordenador da CIHDOTT PULMÃO "Nós passamos a visita diariamente fazendo a busca ativa nos setores, nas UTIs, no PA (pronto atendimento), bloco cirúrgico, se tiver algum paciente que tenha evoluído à óbito recente, nós fazemos o preparo da córnea, se tiver um possível doador, que supostamente possa evoluir pra ME, nós procuramos todos esses pacientes; para podermos olhar ele mais de perto."

Para adequar-se à legislação, o hospital precisa dispor de uma CIHDOTT constituída por uma equipe multiprofissional e transdisciplinar, funcionando em regime de plantão, habilitada a desenvolver o processo de captação de múltiplos órgãos e tecidos². Observou-se que a equipe da CIHDOTT PULMÃO nem sempre se encontra na instituição, demonstrando uma divergência da prática nessa instituição com a literatura observado na seguinte fala "Os óbitos são informados para nós quando não estamos no hospital pelo serviço social. O serviço social fica ciente de todos os óbitos, e informam

para nós; elas fazem a abordagem no caso dos óbitos e se a família autorizar aí vem para fazer a parte burocrática. Mais quando nós estamos de plantão nós participamos, quem está de plantão na verdade é o responsável".

Maiores dificuldades enfrentadas pela comissão no que diz respeito ao cumprimento das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde

É descrito que a falta de informação sobre temas básicos acerca do terapêutico transplante prejudica o seu desenvolvimento, provoca baixos índices de captação e interferências negativas nos resultados. A formação dos profissionais envolvidos nesse processo é fator decisivo para o aprimoramento técnico do transplante. A literatura médica mostra ainda evidências sobre a falta de conhecimento suficiente dos profissionais de saúde brasileiros acerca do tema, o que pode justificar o baixo nível de captação dos órgãos^{16,20}.

Essa falta de conhecimento apontada pela literatura também se faz presente na realidade do Estado do Pará principalmente em se tratando do profissional médico como descrito na fala da coordenadora da CIHDOTT CORAÇÃO "Nosso maior problema é a falta de capacitação, desconhecimento ou envolvimento de alguns médicos, quando nós temos uma ME, no sentido de poder colaborar pra abrir o protocolo." Outra dificuldade apontada pelas CIHDOTT's é o preconceito com o potencial doador/ indivíduo com diagnóstico de ME enfatizado pelo coordenador da CIHDOTT PULMÃO "Nós ainda temos muito preconceito principalmente com o paciente de ME, o fato desse paciente ser "marginalizado"; por exemplo: o paciente evoluiu pra ME, os médicos, enfermeiros toda a equipe no geral, pensam; há o paciente é ME já morreu, no caso aqui na UTI eu tenho dez leitos, tem mais nove pacientes pra cuidar esse aqui já deixa um pouco de lado, nós temos um pouco essa dificuldade da aceitação do quadro funcional do hospital."

Estratégias empregadas pela comissão para solucionar as dificuldades apontadas

As duas instituições pesquisadas demonstraram ter desenvolvido várias atividades no sentido de tentar sanar essas dificuldades. CIHDOTT CORAÇÃO "Nós temos detectado essa problemática e pedido colaboração nos grandes centros para que possamos encaminhar esses profissionais até São Paulo, onde a realidade é superior a nossa no sentido de capacitação." Em relação ao desconhecimento do protocolo de ME as condutas adotadas como estratégias para solucionar a problemática foi, segundo a coordenadora da CIHDOTT CORAÇÃO o acompanhamento mais de perto e treinamento dos profissionais que realizam essa atividade descrito na fala "Nós fomos capacitados para isso, mais não podemos fazer, nós estamos junto com os profissionais médicos, tentando ajudar no que for possível para que os exames sejam feitos, dentro do tempo, dentro do período certo", então nós viabilizamos isso, que o papel da CIHDOTT é realmente esse, é facilitar essas resolutividades dentro da instituição."

CIHDOTT PULMÃO "Nós fizemos uma cartilha para servir de base de orientação a cerca das maiores alterações que ocorrem nesses pacientes, conversamos com as equipes das UTIs, fizemos palestras para tentar mudar essa visão, para sensibilizá-los da importância que tem esses pacientes; por que na verdade nós não estamos cuidando de um paciente, não estamos cuidando de uma família, estamos cuidando de vários, por que esse paciente vai está doando um coração, dois pulmões, um fígado, podendo doar vários órgãos, e ajudar várias pessoas de várias famílias."

Processo de formação e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na CIHDOTT

O processo de aperfeiçoamento ocorre através de congressos e treinamentos realizados pela CNCDO, o que ainda é muito incipiente no Estado do Pará, evidenciado pela fala dos coordenadores:

CIHDOTT CORAÇÃO "As capacitações ocorrem por meio de congressos, de cursos que nós vemos fora, materiais que chegam para nós, aí solicitamos para que a direção do hospital possa mandar os profissionais para capacitação, para que nós possamos está melhorando esse processo." CIHDOTT PULMÃO "Nós fazemos cursos, temos os congressos; cursos de aperfeiçoamento que a CNCDO realiza, estamos correndo atrás do curso de CIHDOTT's e lideranças, estamos cobrando da CNCDO; quem certifica é o SNT. O último curso que teve foi em 2006 pra formação de coordenadores de CIHDOTT's."

Conclusão

Observou-se uma disparidade entre a legislação e a realidade nas instituições pesquisadas. Quanto aos profissionais coordenadores das CIHDOTTs, ficou claro que estão bem orientados sobre o tema abordado, além de demonstrarem interesse em participar de capacitações.

Foi possível detectar algumas problemáticas enfrentadas por essas equipes no sentido de adequação às diretrizes preconizadas pelo MS. Os resultados da pesquisa revelaram que muito ainda se deve caminhar para alcançar um grau de excelência no serviço de doação e transplante de órgãos nessas instituições.

Como fatores limitantes desse processo é marcante a falta de conhecimento de alguns profissionais acerca do protocolo de ME, falta de envolvimento das equipes em relação ao processo doação/ transplante e o preconceito com os possíveis doadores.

Conclui-se que é importante a viabilidade da educação permanente para esses profissionais, iniciando-se desde a vivência acadêmica, sensibilizando-os quanto à importância dos profissionais de saúde no processo de doação e transplante, para reduzir o tempo nas filas de espera por um transplante de órgão no Brasil, em especial no Estado do Pará.

Referências

1. Cintra V, Sanna MC. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. *Rev Bras Enf.* 2005; 58(1):78-81.
2. Dalbem GG, Caregnato RCA. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das Famílias. Florianópolis: *Rev Contexto Enf.* 2010; 19(4):728-35.
3. Santos MJ, Massarollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(3):3827.
4. Silva AF, Guimarães TS, Nogueira GP. A atuação do enfermeiro na captação de órgãos. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2009; 7(19):73.
5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo. 2010; 16(4).
6. Cinque VM, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev Esc Enferm.* 2010; 44(4):996-1002.
7. Moraes EL, Silva LBB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NMS, Guarino A J. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009; 17(5):131-5.
8. D'Império F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 2007; 19(1):74-84.
9. Brasil. Ministério da Saúde. I Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos de Órgãos Tecidos da ABTO. Campos do Jordão SP: Ministério da Saúde. 2003.
10. Mattia AL, Barbosa MH, Rocha AM, Rodrigues MB, Freitas Filho JPA, Oliveira MG. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. *Revista - Centro Universitário São Camilo.* 2010; 4(1):66-74.
11. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro.* 2010; 26(4):786-796.
12. Stancioli B, Carvalho NP, Ribeiro DM, Alves Lara M. O sistema nacional de transplantes: saúde e autonomia em discussão. São Paulo: *Revista de Direito Sanitário.* 2010-2011; 11(3):123-54.
13. Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. Florianópolis: *Rev Texto Contexto Enf.* 2008; 17(1):45-54.
14. Pilati S, Bruxel VM, Nery CB, Costa DG, Righi R. O papel da supervisora de enfermagem na captação de córneas no hospital de clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA.* 2007; 2(2):21-4.
15. Moraes EL, Massarollo MCKB. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16(3):131-5.
16. Galvao FHF, Caires RA, Azevedo Neto R S, Mory EK, Figueira ERR, O4suzi TS et al. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(5):401-6.
17. Marques SHB, Cézaro P, Soares DC, Azeredo NSG. Resultados da Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT) do hospital cristo redentor de porto alegre. *JBT J Bras Transpl.* 2007; 10(2):722-25.
18. _____. Portaria nº 2.600. Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em 17 set 2011.
19. Cicolo EA, Roza BA, Schirmer J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. Brasília: *Rev Bras Enf.* 2010; 63(2):274-8.
20. Domingos GR, Boer LA, Possamai FP. Doação e captação de órgãos de pacientes com morte encefálica. *Rev Enfermagem Brasil.* 2010; 9(4):206-12.