



## **Obstáculos enfrentados pelo enfermeiro na manutenção de potenciais doadores de órgãos**

### **Obstacles faced by the nurse in the maintenance of potentials organs donors**

#### **Los obstáculos que enfrentan la enfermería en el maintenance de potenciales donadores de órganos**

#### **RESUMO**

A manutenção do potencial doador inclui a identificação da morte encefálica (ME) e posterior confirmação, prevenção e manuseio imediato das principais complicações. O estudo objetivou identificar as dificuldades encontradas pelo enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos em um hospital público do Recife. Trata-se de um estudo, descritivo, transversal, realizado entre março e abril de 2010 com todos os enfermeiros escalados na UTI geral e Sala de Recuperação Pós- Anestésica (SRPA). Os dados foram coletados através de um questionário auto-aplicado, composto por uma parte quantitativa e outra qualitativa. Tendo como resultado que 41% afirmam que o paciente em ME está em coma, 83% não receberam treinamento para assistência a pacientes em ME e 76% afirmam encontrar dificuldades na manutenção do potencial doador. Os resultados obtidos sugerem que nem todos os enfermeiros em estudo possuem conhecimento suficiente e recursos, para promover uma boa assistência ao potencial doador de órgãos.

**Palavras-chave:** Assistência enfermagem; Doação órgãos; Transplante

#### **ABSTRACT**

The maintenance of the potential donor includes the identification of brain death (BD) and the later confirmation, prevention and immediate management of major complications. The study aims to identify the difficulties faced by the nurse in the maintenance of potential organ donor in a public hospital in Recife. This is a descriptive cross study held between March and April 2010 involving all the attending nurses of general ICU and anaesthetic recovery room units respectively. Data was collected from a self-administered questionnaire including quantitative and qualitative items. As a result 41% of interviewed nurses stated that brain death patient was in a coma, 83% had received no previous training for patient care in BD and 76% informed that they found difficulties in maintaining the potential donor. These results suggest that not all nurses in the study have sufficient knowledge and resources to promote good care of the organ potential donor.

**Keywords:** Health nursing; organ donation; Transplantation

#### **RESUMEN**



El mantenimiento del donador potencial incluye el diagnóstico de muerte cerebral (MC) y posterior confirmación, prevención y manejo inmediato de las principales complicaciones. El estudio identifica las dificultades encontradas por enfermería en la atención al donador potencial de órganos en un hospital público de Recife. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, realizado entre marzo y abril de 2010 con todos el staff (cuerpo) de enfermería que trabajan en una UTI general y sala de recuperación pos anestésica. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario auto-aplicado, compuesto por una parte cuantitativa y otra cualitativa, teniendo como resultado que el 41% afirman que el paciente con MC está en coma, 83% no recibieron entrenamiento para asistir a enfermos con MC, mientras que 76% afirman haber encontrado dificultades en el mantenimiento del potencial donador. Los resultados obtenidos sugieren que no todos los enfermeros en estudio poseen conocimiento suficiente y recursos para realizar una buena asistencia al donador potencial de órganos.

**Palabras claves:** Asistencia de enfermería; Donación de órganos; Transplante.

## INTRODUÇÃO

O Brasil destaca-se no cenário mundial de transplantes com um dos maiores programas públicos de captação de órgãos, possuindo 548 estabelecimentos de saúde e 1376 equipes médicas autorizadas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT)<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, o Conselho Federal de Medicina (CFM), mediante resolução nº11480/97, regulamentou os transplantes em todo território nacional, estabelecendo o protocolo para diagnóstico de Morte Encefálica (ME), no qual devem ser realizados dois exames clínicos neurológicos que consistem na identificação do coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia, bem como exames complementares que demostrem ausência de perfusão sanguínea ou de atividade elétrica ou metabólica cerebral. Tais exames devem ser registrados no “Termo de Declaração de Morte Encefálica”<sup>(2)</sup>

A morte encefálica altera drasticamente a fisiologia e a bioquímica celular dos sistemas orgânicos produzindo transformações bruscas na pressão arterial, assim como hipoxemia, hipotermia, coagulopatia, distúrbio eletrolítico e hormonal. É um estado inflamatório que leva a alterações celulares e moleculares, capazes de afetar o funcionamento dos órgãos potencialmente disponíveis para transplante<sup>(3)</sup>.

O diagnóstico de ME, após definida a causa geradora do coma, é determinada pelo exame clínico neurológico, mediante ausência evidente de reflexos do tronco cerebral, excluída qualquer causa reversível do mesmo, tais como: intoxicação exógena, uso terapêutico de barbitúricos,



alterações metabólicas e hipotermia. Constatada a ME, deverá ser seguida a conduta de manutenção prolongada do corpo através de ventilação mecânica e outras medidas com a possibilidade de doação de órgãos<sup>(2,4)</sup>.

As causas mais frequentes são o traumatismo crânio-encefálico (TCE), decorrentes de acidentes automobilísticos ou agressões; hemorragia subaracnóidea, relacionada à ruptura de aneurisma; lesão difusa do cérebro após parada cárdiorrespiratória revertida; hemorragia cerebral espontânea maciça; grandes lesões isquêmicas, e em menor ocorrência, as meningoencefalites, encefalites fulminantes e a falência hepática aguda por hepatite viral ou tóxica ou raramente, Síndrome de Reye<sup>(5)</sup>.

No ano de 2009, foram notificados 6.490 casos de potenciais doadores no Brasil, sendo que apenas 1.658 se tornaram doadores efetivos. As principais causas da não efetivação da doação são: a não autorização familiar (1.390 casos), a contra-indicação médica (1.101 casos), a ME não confirmada (351 casos) a infra-estrutura inadequada (2 casos) e a parada cardiorrespiratória (1.350 casos)<sup>(6)</sup>.

A literatura disponível aponta falhas no processo de doação de órgãos, de doadores com ME, como a negação familiar, o desconhecimento do conceito de ME, às condições técnicas do trabalho de profissionais, ressaltando os cuidados de manutenção inadequados com o potencial doador de órgãos bem como a falta de educação continuada aos profissionais da saúde quanto ao processo de doação-transplante e todos os desdobramentos decorrentes do não conhecimento desse processo<sup>(7,8)</sup>.

Um potencial doador com órgãos bem mantido poderá beneficiar, através de transplantes de vários órgãos e tecidos, mais de 10 pacientes, portanto deve ser conduzido e manuseado como um paciente crítico ou grave<sup>(9)</sup>. Portanto a manutenção do potencial doador inclui, a identificação da ME e posterior confirmação, seguidos da prevenção e manuseio imediato das principais complicações, e conseqüente captação e transplante dos órgãos nas melhores condições funcionais possíveis<sup>(5)</sup>.

A desproporção crescente do número de pacientes em lista de espera versus o número de transplantes é um fato inquestionável, e dentre um dos fatores limitantes está a manutenção inadequada do potencial doador. Dentre os profissionais responsáveis por este processo destacam-se os enfermeiros que são parte integrante da equipe e que buscam a estabilidade hemodinâmica e medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos passíveis de doação. Tornando-se de suma importância identificar os obstáculos encontrados pelos enfermeiros para não efetivação da manutenção do potencial doador de órgãos.

O presente estudo teve como objetivo investigar as dificuldades encontradas pelo enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos em um hospital público do Recife.

Trata-se de um estudo, descritivo, transversal, realizado entre março e abril de 2010 com os enfermeiros da UTI geral, e SRPA que estavam na escala de serviço dos plantões diurnos e noturnos no período de realização da pesquisa. Critérios de inclusão: ser enfermeiro da UTI Geral e Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital da Restauração. Critérios de exclusão: enfermeiros não integrantes da UTI Geral e Sala de Recuperação Pós-Anestésica; enfermeiros em período de férias, licença médica e licença maternidade.

Os dados foram coletados a partir de um questionário auto-aplicado, composto por duas partes, primeira parte de perguntas fechadas que foram analisadas com as seguintes variáveis: setor onde trabalha, tempo de serviço no setor, formação acadêmica, tempo de formação, conhecimento sobre o diagnóstico e protocolo de Me, participação no protocolo de ME, prestação de assistência a um paciente em ME, treinamento para assistir o paciente em ME.

E a segunda parte de perguntas abertas que foram analisadas qualitativamente e abordaram os seguintes parâmetros: principais cuidados realizados para manutenção do potencial doador de órgãos, a importância da assistência rápida e eficiente ao potencial doador de órgãos, a existência de diferença no cuidado entre paciente crítico de UTI e um paciente em ME e se o enfermeiro encontra dificuldades na manutenção do potencial doador de órgãos. O questionário foi elaborado a partir do referencial teórico desta pesquisa e pré-testado em estudo-piloto realizado em outra instituição pública da cidade do Recife.

Os dados referentes ao questionário fechado foram analisados percentualmente através de gráficos e tabela de frequência, enquanto os dados do questionário aberto foram cruzados e verificados as convergências e divergências dos fatos relatados pelos sujeitos entrevistados, procurando estabelecer articulação entre os planos empírico e teórico. As respostas foram transcritas literalmente, encontrando-se identificados no final da citação, sendo cada questionário enumerado pela ordem de realização.

O projeto foi submetido à apreciação e obteve aprovação do Comitê de Ética do Hospital da Restauração com CAAE 0007.0.102000-10. Solicitou-se autorização a Supervisão de Enfermagem da UTI e SRPA para coleta de dados junto aos enfermeiros. A estes foi solicitado autorização mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O documento, em linguagem acessível, não só garantiu o necessário anonimato, privacidade e confidencialidade sobre as informações oferecidas conforme Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (MS) <sup>(10)</sup>, como informou os entrevistados sobre os objetivos, justificativa, metodologia, e benefícios da pesquisa, bem como o nome da pesquisadora, forma de contatá-la e ter acesso aos resultados parciais e finais do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 30 enfermeiros lotados na UTI geral e SRPA, onde apenas um sujeito recusou-se a participar do estudo.

**Tabela 1-** Perfil sócio-demográfico dos enfermeiros lotados na SRPA e UTI. Recife, PE, 2010.

<b>Variáveis sócio-demográficas</b>	<b>n=29</b>	<b>%</b>
<b><i>Setor de trabalho</i></b>		
<i>SRPA</i>	07	24
<i>UTI</i>	22	76
<b><i>Tempo de atuação no setor</i></b>		
<i>De 1 a 3 anos</i>	05	17
<i>De 3 a 5 anos</i>	07	24
<i>Mais de 5 anos</i>	17	59
<b><i>Formação</i></b>		
<i>Graduação</i>	03	10
<i>Especialização</i>	22	76
<i>Mestrado</i>	04	14
<b><i>Tempo de formação</i></b>		
<i>De 3 a 5 anos</i>	03	10
<i>Mais de 5 anos</i>	26	90

A **tabela 1** faz referência as características sócio-demográficas da população em estudo. Foi verificado que a maioria dos entrevistados (n=17), 59% tem mais de 5 anos de trabalho no setor. Em sua maioria (n=22), 76% possui título de especialista, dentre as especialidades citadas 36% afirmam ser pós-graduados de enfermagem em unidade de terapia intensiva e 90% estão formados a mais de 5 anos.

Em seu estudo Andrade (1998) relata que o enfermeiro especialista em UTI tem um melhor desempenho na assistência ao paciente e que o curso de especialização em cuidados intensivos de enfermagem, é necessário para completar e aprofundar conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao domínio de funções técnico-científico<sup>(11)</sup>.

**Tabela 2** – Conhecimento sobre morte encefálica entre os enfermeiros da SRPA e UTI. Recife, PE, 2010.

Conceitos/conhecimento de morte encefálica	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Quanto a participação em protocolo de morte encefálica</i>	22	76	07	24	29	100
<i>Conhecer o protocolo de morte encefálica</i>	25	86	04	14	29	100
<i>Morte encefálica é coma</i>	12	41	17	59	29	100
<i>Morte encefálica é óbito</i>	22	76	07	24	29	100

A **tabela 2** analisa o conhecimento sobre morte encefálica dos sujeitos em estudo. Observa-se que (n=12), 41% afirmam que paciente em morte encefálica está em estado de coma, no entanto o Conselho Federal de Medicina, na resolução CFM nº11480/97, define ME, como a parada total e irreversível das funções encefálicas, de causa conhecida e estabelece os critérios para o diagnóstico de ME atualmente aceitos. Estes critérios incluem: causas do coma que devem ser excluídas durante o exame: hipotermia e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC), elementos do exame neurológico: coma aperceptivo, pupilas fixas e arreativas, ausência de reflexo córneo-palpebral, ausência de reflexo oculocefálico, ausência de reflexo de tosse e apnéia. Além das provas protocolares e padronizadas em todo território nacional, é obrigatória a realização de um exame complementar, que vai caracterizar de forma inequívoca: ausência de fluxo vascular cerebral, ausência de atividade eletrofisiológica, ou ausência de atividade metabólica<sup>(2)</sup>.

O Decreto 2268/97 acrescenta que os exames devem ser realizados por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em Neurologia reconhecido no país. Os médicos integrantes das equipes de captação e transplante autorizadas pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) não podem participar do processo de verificação de ME<sup>(12)</sup>.

**Tabela 3** – Prestação da assistência a pacientes com diagnóstico de morte encefálica entre os enfermeiros lotados na SRPA e UTI. Recife, PE, 2010.



<b>Assistência de enfermagem a pacientes com diagnóstico de Morte encefálica</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Prestação da assistência a pacientes com diagnóstico de morte encefálica</i>	26	90	03	10	29	100
<i>Recebeu treinamento específico para assistência a paciente com diagnóstico de morte encefálica</i>	05	17	24	83	29	100
<i>Informa necessidade de treinamento para assistência a paciente com diagnóstico de morte encefálica</i>	27	93	02	07	29	100

A **tabela 3** verifica a assistência de enfermagem aos pacientes com diagnóstico de morte encefálica, realizada pela população em estudo. Observa-se que (n=24), 83% dos sujeitos em estudo não receberam treinamento específico para assistência a pacientes com diagnóstico de morte encefálica e (n=27), 93% informam que gostariam de receber treinamento para a assistência a pacientes com morte encefálica.

Lemes (2007) ressalta a importância de programas de educação continuada para a equipe de enfermagem, sendo a mesma partícipe de todo o processo de doação- transplante<sup>(7)</sup>.

Garcia (2009) em seu estudo mostra que a capacitação dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador, pode aumentar o número de doadores<sup>(13)</sup>.

Os dados coletados referentes as notificações, revelaram que 70% das notificações de morte encefálica são realizadas pelo médico.

No entanto, a existência de um potencial doador em unidade de terapia intensiva ou pronto socorro é de notificação compulsória à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO), descentralizadas em Organização de Procura de Órgãos (OPO)<sup>(14)</sup>. Compete ao médico e ao enfermeiro de uma unidade de terapia intensiva, enquanto participe da equipe notificar um potencial doador a CNCDO de seu estado<sup>(2,15)</sup>.

Os discursos proferidos pelos enfermeiros quanto ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos foram os enfoques relacionados aos cuidados e assistência prestada pela categoria profissional.



A seguir são apresentados e analisados os resultados extraídos das entrevistas, de cujas falas dos sujeitos foram construídas quatro categorias: o cuidado para manutenção do potencial doador; a importância da assistência eficiente ao potencial doador de órgãos; o paciente crítico e o paciente em morte encefálica: diferenças no cuidado a ser ministrado; dificuldades na manutenção do potencial doador de órgãos.

### **O cuidado para manutenção do potencial doador**

A primeira categoria que emergiu dos depoimentos foi o cuidado a ser viabilizado para manutenção do potencial doador.

Quanto questionados sobre os cuidados realizados no potencial doador de órgãos os mais citados foram: manter temperatura corporal entre 35°C e 37°C, manter hidratação, manutenção dos sinais vitais e realizar balanço hídrico.

Observa-se no discurso do enfermeiro nº 02 o conhecimento sobre a manutenção do potencial doador de órgãos:

“Manter estabilidade hemodinâmica. Suspender drogas depressoras do SNC. Manter um bom acesso venoso, colocação de cateter para controle de PA invasiva. Manter o paciente aquecido, utilizar manta térmica. Monitorar diurese” (Enfermeiro nº 02)

Embora os sujeitos entrevistados expressem algum conhecimento sobre a manutenção do potencial doador, nenhum dos sujeitos relataram todos os cuidados a serem prestados a este paciente.

Os cuidados gerais começam com a manutenção da suspensão de anticonvulsivantes, analgésicos, antitérmicos e diuréticos osmóticos, e a permanência da antibiótico terapia<sup>(3)</sup>.

A realização dos exames laboratoriais devem ser realizados de acordo com cada protocolo, os exames mais solicitados são : tipagem sanguínea, hemograma, plaquetas, uréia, creatinina, sódio, potássio, cloro, magnésio, cálcio, fósforo, TGO, TGP, bilirrubinas totais e frações, provas de coagulação, sorologia completa e gasometria arterial<sup>(3,4)</sup>.

É importante a elevação da cabeceira em 30°, mudança de decúbito, higiene corporal, manutenção da ventilação artificial, aspiração das secreções pulmonares, cuidados com cateteres. Verificar PA, frequência cardíaca e oximetria regularmente, manter temperatura corporal entre 35 e 36°C, infundir soluções cristalóides aquecidas, deve-se manter dieta enteral. A pressão venosa central (PVC), o débito urinário e a glicemia capilar devem ser medidos a cada hora. Ocluir os olhos para proteger as córneas e umedecer com soluções lubrificantes<sup>(3,4,7,16)</sup>.

Na manutenção Hemodinâmica do potencial doador devem ser mantidos os seguintes parâmetros: Hemoglobina > 10g/dl, Pressão Venosa Central (PVC) > 10mmHg, Pressão arterial



sistólica > 100mmHg, Pressão arterial média (PAM) > 70mmHg Dopamina < 10µg/Kg/min, PaO<sub>2</sub> > 100mm/h, Frequência cardíaca de 60 a 120 bpm<sup>(5,16,17)</sup>.

A equipe de enfermagem deve estar atenta a qualquer distúrbio de coagulação e/ou hidroeletrólíticos<sup>(5)</sup>, assim como administrar drogas vasoativas em bomba de infusão<sup>(7)</sup>.

### **A importância da assistência eficiente ao potencial doador de órgãos**

Indagados sobre a importância da assistência rápida e eficiente ao potencial doador de órgãos, a maioria respondeu: manter órgãos viáveis para transplante. Knobel (2006); Moraes (2009) enfatizam que a manutenção do potencial doador após a notificação, deve ser realizada de forma efetiva, a fim de viabilizar a utilização dos órgãos para transplante e a qualidade desta garante resultados melhores para os receptores de órgãos devidamente mantidos<sup>(4,16)</sup>. Observa-se nos relatos a seguir:

“Manter órgãos viáveis para doação.” (Enfermeiro nº15)

“Manutenção de viabilidade dos órgãos.” (Enfermeiro nº28)

### **O paciente crítico e o paciente em morte encefálica: diferenças no cuidado a ser ministrado**

Nos questionários pode-se analisar que 41% dos sujeitos afirmam haver diferença no cuidado entre um paciente crítico de UTI e um paciente em morte encefálica, 52% afirmam não haver diferença e 7% não responderam.

No entanto o achado percentual entre os que acreditam haver diferença no cuidado e os que não acham é muito ínfima.

Nas expressões abaixo verifica-se a contrariedade dos depoimentos quanto a existência de diferença na assistência de enfermagem entre um paciente crítico e um com diagnóstico de morte encefálica:

“Sim. Porque a finalidade do cuidado prestado é muito específica. É manutenção de órgãos e não de vida. Se o órgão vai servir ou não depois dependerá da equipe de transplante e do receptor.” (Enfermeiro nº16)

“Não ambos são críticos, instáveis apenas o fim é que diferencia em termos de prognóstico.” (Enfermeiro nº28)

Na literatura disponível pode-se verificar que não há diferença na assistência de enfermagem entre um paciente crítico e um paciente com diagnóstico de morte encefálica.

A assistência ao potencial doador de órgãos não deve ser diferente da assistência ao paciente crítico, ambos são instáveis necessitam de cuidados intensivos, e vigilância constante de profissionais capacitados na manutenção desses pacientes<sup>(7,8,16)</sup>.



## **Dificuldades na manutenção do potencial doador de órgãos**

Dos sujeitos questionados 76% afirmam encontrar dificuldades na manutenção do potencial doador. As dificuldades apresentadas foram subdivididas de acordo com o local de atuação dos sujeitos entrevistados, por representarem realidades de assistência e dinâmica de trabalho distintas.

Foram entrevistados 22 enfermeiros lotados na UTI, os quais citaram como dificuldades: falta de treinamento da equipe, déficit de material e equipamentos e descompromisso da equipe.

“Nem todos os profissionais estão sensibilizados para isso e acreditam que tudo é papel dos funcionários da central de transplante, enquanto que a responsabilidade é dos profissionais que o assistem.” ( Enfermeiro nº 26)

Foram entrevistados 7 enfermeiros lotados na SRPA, as dificuldades mais citadas foram: déficit de funcionários, ausência de treinamento adequado e falta de equipamentos.

O discurso abaixo expressa a dificuldade enfrentada pelo público entrevistado:

“Poucos profissionais para os cuidados aos pacientes, falta de treinamento para assistência em ME; os médicos demoram a fechar o protocolo; falta quantidade de equipamentos adequados para manutenção do paciente e verificação de SSVV.” (Enfermeiro nº 22)

Pode-se verificar que tanto na UTI, quanto na SRPA foram encontradas dificuldades em comum no que se refere a falta de treinamento da equipe, déficit de material e equipamentos. Tais dificuldades estão descritas na literatura.

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos em sua I Reunião de diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos define a falta de educação continuada aos profissionais da saúde e o déficit de material e equipamentos, como algumas das causas da não efetivação de potenciais doadores<sup>(8)</sup>.

Lemes (2007) em seu estudo também observou a falta de treinamento da equipe de enfermagem como fator determinante no processo de doação-transplante<sup>(7)</sup>.

O descompromisso da equipe e o déficit de funcionários apontados como dificuldades pelos enfermeiros da UTI e SRPA respectivamente são dados relevantes e que constituem uma realidade específica das unidades em questão e que devem ser valorizados.

## **CONCLUSÃO**

A partir dos dados obtidos, conclui-se que nem todos os enfermeiros em estudo possuem conhecimento suficiente e recursos, para promover uma boa assistência ao potencial doador de órgãos, 76% afirmam encontrar dificuldade na manutenção do potencial doador.

Com base no presente estudo, sugere-se que seja implantado programas de educação continuada com o objetivo de promover qualificação profissional, no sentido de esclarecer sobre o



diagnóstico e a manutenção do potencial doador de órgãos e com isso ajudar o serviço de saúde a aumentar o número de órgãos viáveis e diminuir o número de pacientes na fila de transplante.

## REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, 2010. [acesso em 2010 set 19]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1004](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004)>.
- 2- Conselho Federal de Medicina. Resolução. CFM nº1480/97. Brasília, 2010.[acesso em 2010 out 02]. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>>.
- 3- Rech TH, Rodrigues Filho EM. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2007; abril- junho, 19(2) : 197-204.
- 4- Knobel E. *Condutas no Paciente Grave*. 3ªEd. São Paulo: Atheneu; 2006.
- 5- Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev. Bras. Enferm*. 2008 jan- fev, 61(1) : 91-7.
- 6- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo, 2010. [acesso em 2010 set 29]. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/home/home.aspx>>.
- 7- Lemes MMDD, Bastos MAR. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: Estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*. [periódico na internet]. 2007 setembro-outubro.[acesso em 2009 out 03];15(5). Disponível em: < <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>>.
- 8- Sasse A, Xavier AM, Fregonesi A, Gonzáles AM, Pioveran A, Fernandes AG, et al. *I Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos*. São Paulo: Ipsis; 2003.
- 9- Araújo S, Cintra EA, Bacheга EB. Manutenção do potencial doador de órgãos. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. São Paulo: Atheneu; 2005.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. *Bioética* 1996; 4 Suppl: 15-25.
- 11- Andrade V, Padilha KG, Kimura M. Seguimento dos enfermeiros egressos dos cursos de especialização em enfermagem em cuidados intensivos. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 1998 julho, 6(3): 23-31.
- 12- Brasil. Decreto n. 2.268. Regulamenta a Lei nº 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. In: *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 13739, 1997.



- 13- Garcia CD, Goldani JC, Neumann J, Chem R, Chem E, Camargo JJ, et al. Importância do programa educacional de doação e transplante em escolas médicas. *J. Bras.Transpl.*2009; 12:1049-1051.
- 14- Brasil. Lei nº 9.434 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e dá outras providências. In: Diário Oficial da União. Brasília, p. 2191-3, 1997.
- 15- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução. COFEN nº292/2004. Brasília, 2009. [acesso em 2009 set 30]. Disponível em:< <http://www.portalcofen.gov.br/2007/default.asp>>
- 16- Moraes EI, Silva LBB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NMS, Guarino AJ. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. *Rev. Latino-Am.Enfermagem.* [ periódico na internet]. 2009 setembro-outubro. [ acesso em 05 set 2010]; 17(5). Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_19.pdf)>.
- 17- D' Império F. Diagnóstico de morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplantes de pulmão. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2007, janeiro- março, 19(1) : 74-84.