

DOI: <http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v2i1.2757>

## **A prática clínica frente a abertura de protocolo de morte encefálica**

### ***The clinical practice against the opening of the encephalic death protocol***

Camila Mumbach Melo<sup>1</sup>, Patrick Borba Nascimento<sup>1</sup>, Eliane Raquel Rieth Benetti<sup>2</sup>,  
Mônica Strapazon Bonfada<sup>2</sup>, Francisco Carlos Pinto Rodrigues<sup>1</sup>, Vivian Lemes Lobo  
Bittencourt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Campus Santo Ângelo, Santo Ângelo, RS, Brasil; <sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

#### **RESUMO**

**Objetivo:** descrever a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem frente a abertura de protocolo de morte encefálica em unidade de terapia intensiva durante o estágio supervisionado I do curso de graduação de enfermagem. **Metodologia:** refere-se a um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na teoria de enfermagem do cuidado transpessoal proposto por Margaret Jean Watson. **Resultados:** identificou-se falhas na comunicação entre a equipe e entre a equipe e a família, o que pode ter contribuído para não aceitação da doação dos órgãos do paciente do qual o relato trata. **Conclusões:** nota-se a carência de profissionais habilitados frente aos processos da morte encefálica e todos seus aspectos envolventes, ressaltando a comunicação.

**Descritores:** Morte encefálica; Unidades de Terapia Intensiva; Comunicação; Obtenção de tecidos e órgãos.

#### **ABSTRACT**

**Objective:** to describe the experience undergone by nursing students in relation to the opening of a protocol of brain death in an intensive care unit during the supervised I stage of the nursing undergraduate course. **Methodology:** refers to a qualitative, descriptive, experience-based study based on the nursing theory of transpersonal care proposed by Margaret Jean Watson. **Results:** failure to communicate between the team and between the team and the family was identified, which may have contributed to the non-acceptance of the donation of the patient's organs from which the report is addressed. **Conclusions:** we note the lack of qualified professionals facing the processes of brain death and all its surrounding aspects, highlighting the communication.

**Descriptors:** Brain death; Intensive care units; Communication; Tissue and organ procurement.

## INTRODUÇÃO

Com o advento da tecnociência o conceito de morte teve muitas interfaces no decorrer de sua evolução. Antes, unicamente, designada como parada cardiorrespiratória atualmente apresenta-se também critérios neurológicos, como a morte encefálica (ME)<sup>1</sup>.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) considera a ME como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico<sup>2</sup>. Ainda, representa o seguimento final de progressão da isquemia cerebral com comprometimento irreversível das funções respiratórias e circulatórias<sup>3</sup>.

Destacam-se como principais causas de ME o Acidente Vascular Encefálico, o Trauma Cranioencefálico (TCE), o Tumor de Sistema Nervoso Central e a Encefalopatia Anóxica<sup>4</sup>. As lesões traumáticas são as principais causas de morte de pessoas entre cinco e 44 anos no mundo, e correspondem a 10% do total de óbitos. Em muitos casos, essas pessoas recebem atendimento intra-hospitalar, porém, acabam evoluindo para ME em decorrência da gravidade de suas lesões<sup>5</sup>.

Quando há suspeita de ME, tem início o protocolo que confirmará ou descartará essa possibilidade. Conforme o CFM, os procedimentos para determinação de ME devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinal, apneia persistente e que atendam a todos os pré-requisitos determinados em resolução própria, onde trata da presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de

causar ME<sup>2</sup>. Assim, dá-se o início do processo de captação de órgão dos pacientes.

No Brasil existe uma grande disparidade entre a demanda e a necessidade de transplante de órgão, devido a problemáticas como: a identificação da ME, o conhecimento dos profissionais, a entrevista familiar, a manutenção clínica do doador falecido e de contraindicações mal atribuídas<sup>6</sup>.

Dentro destas circunstâncias, o cuidado ao paciente em ME se define como uma prática complexa, multidimensional, prestada por uma equipe multiprofissional atuante em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<sup>7</sup>. Todos os cuidados são essenciais para uma possível doação de órgãos com êxito. Nesse contexto destaca-se o cuidado do profissional de enfermagem, pois o mesmo está envolvido diretamente em todo o processo, prestando assistência integral ao paciente e aos seus familiares.

A Resolução nº 292 do Conselho Federal de Enfermagem, de 2004, atribui como competências do profissional enfermeiro no processo de captação e no transplante de órgãos e tecidos, do doador falecido, intervivos e o receptor: desempenhar o papel de notificação; entrevistar o responsável legal do doador, solicitação do documento que autoriza a doação (consentimento livre e esclarecido) por meio de autorização da doação de órgãos por escrito; aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem no processo de doação de órgãos; documentar, registrar e arquivar o processo de doação; receber e coordenar a equipe de captação de órgãos; cumprir obrigações éticas postulado no termo de doação e Legislação que normatiza a atuação do

Enfermeiro; considerar a mesa auxiliar para perfusão de órgãos como campo operatório; e executar e ou supervisionar todo o processo de transplantes juntamente com a entrega do corpo a família<sup>8</sup>.

Ressalta-se que é necessário conhecimento técnico-científico sobre as alterações fisiopatológicas na ME para orientar o cuidado, buscando sempre princípios humanísticos, o acolhimento e a comunicação com equipe e familiares. No que diz respeito a comunicação, pontua-se que ela merece destaque, pois uma abordagem adequada, muitas vezes, é responsável pelo ato favorável a doação de órgãos. As reações do familiar frente à má notícia de falecimento está relacionada a experiências anteriores, conhecimento, fatores sociais e culturais, como crenças religiosas, e mecanismos de enfrentamento mobilizados por cada indivíduo diante da situação<sup>9</sup>. Ao comunicar a má notícia aos familiares é indispensável explicar o que é, fazendo com que os indivíduos presentes consigam entender o conceito de ME com clareza e objetividade, a fim de conceber autonomia aos familiares na decisão da finalidade que terá os órgãos do paciente com ME<sup>10</sup>.

Diante dos aspectos apresentados, questiona-se qual a importância da comunicação entre a equipe e os familiares perante abertura de protocolo de ME e de que forma essa comunicação pode ser melhorada? Nesse contexto, o presente relato visa descrever a experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem frente a abertura de protocolo de morte encefálica em UTI durante o estágio supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, embasado na Teoria do Cuidado Transpessoal, no qual relata-se a experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem frente a abertura de protocolo de morte encefálica em UTI. A referida Teoria de Enfermagem, proposta por Margaret Jean Watson propõe que “a pessoa é o foco de atenção da enfermagem e precisa ser valorizada e respeitada em sua essência”<sup>11</sup>.

Este relato emerge das atividades desenvolvidas na disciplina Estágio Supervisionado I Hospitalar, no mês de março de 2018, em uma UTI de um hospital filantrópico, no interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Esta disciplina está alocada no nono período do curso de graduação em Enfermagem, de uma Universidade privada do RS. Sua ementa aborda atividades de planejamento, administração e assistência de enfermagem integral ao indivíduo na perspectiva da atenção hospitalar, aperfeiçoamento de atitudes pessoais e profissionais, necessárias para o exercício profissional.

O Estágio Supervisionado I Hospitalar contempla carga horária de 420 horas e busca articular os temas abordados nas aulas teóricas do curso e as atividades práticas desenvolvidas no campo de estágio. Ressalta-se que, as atividades propostas pela disciplina transitam entre ações de gerenciamento de enfermagem e ações assistenciais, assim, uma interface dessas práticas educativas estão presentes no relato.

## RESULTADOS

Durante o período de realização de atividades práticas na UTI, os acadêmicos de Enfermagem vivenciaram a constatação de ME em um paciente jovem, do sexo masculino, vítima de um TCE grave, resultante de um acidente de trânsito.

Verificou-se que para abertura de protocolo de ME e confirmação do diagnóstico, foram seguidos os seguintes critérios: pacientes com coma aperceptivo, no qual se conhecia a causa através da história clínica; realização de exame físico e exames complementares; estado não reativo e aperceptivo com obtenção de 3 pontos na Escala de Coma de Glasgow; ventilação mecânica assistida; excluindo o uso de drogas depressoras do sistema central, com níveis capazes de provocar o coma; ausência de hipotermia, hipotensão ou distúrbios hidroeletrólitos; e no mínimo seis horas de tratamento intensivo.

Após a constatação do quadro clínico do paciente foi aberto o protocolo de ME, todavia comunicou-se a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Foram realizados os testes e exames que possibilitam o diagnóstico, tais como o teste de apneia, coleta de gasometria, vestibulo coclear, movimentação ocular (olhos de boneca), reflexo córneo palpebral, teste dor, e realização de exame de imagem (angiotomografia).

A primeira avaliação foi realizada pelo médico intensivista e a segunda avaliação foi solicitada um médico neurologista, em razão da instituição não ter outro médico capacitado para tal. Essa situação aponta uma dificuldade em relação aos recursos humanos, como a escassez de profis-

sionais aptos e com conhecimento sobre ME, o que pode provocar contratempos em relação a continuidade do protocolo de ME.

Antes do término do protocolo, foi comunicado a família sobre o diagnóstico de ME por um membro da equipe, sendo um direito dos familiares permanecerem informados para, se desejarem, designar um médico de sua confiança para acompanhar a realização dos exames, contudo foi mencionando a doação de órgão antes do fechamento do protocolo, sem prestar apoio adequado aos familiares, causando comoção e insegurança nos mesmos.

A falha na comunicação e na organização, fez com que um profissional antecipasse a possibilidade de doação sem antever o impacto gerado nos familiares. Esta antecipação fez com que a família não aceitasse a captação dos órgãos, devido a insegurança em relação ao diagnóstico, apresentando repercussão negativa quanto a possível doação. Mediante a situação vivenciada, houve recusa familiar à doação, o que levou a suspensão dos procedimentos de suporte a vida, conforme princípios éticos e legais.

## DISCUSSÃO

Atualmente, muitos são os estudos e as discussões acerca da temática da captação e da doação de órgãos. Ainda assim, encontram-se dificuldades de aceitação da doação de órgãos, principalmente quando se trata de um adoecimento agudo, em decorrência de causas traumáticas, congênicas ou adquiridas que levam à internação inesperada do familiar. Nesta situação a família não se encontra preparada para tomar uma decisão rápida, complexa e

repentina, causando um momento de sofrimento, tristeza e dor<sup>12</sup>.

A família geralmente é surpreendida pela informação da ME, e neste momento existe a esperança da melhora do quadro clínico. Mediante a este evento inesperado, é fundamental que a família seja informada pela equipe sobre o início dos exames para a confirmação da ME, proporcionando assim, tempo para que possam refletir e preparar-se para a morte<sup>12</sup>.

Nessa conjuntura, salienta-se que a comunicação constitui um processo decisivo na ME e doação de órgãos<sup>13</sup>. Ao mesmo tempo que contribui para a qualidade da assistência, favorece a integração da equipe multidisciplinar envolvida no cuidado e diminui a ocorrências de erros e eventos adversos, a comunicação é um fator que contribui para falhas na assistência aos pacientes e familiares<sup>14</sup>.

Para melhorar a efetividade da comunicação existe a recomendação de seguir uma sequência lógica para comunicar más notícias, como informar os familiares sobre o quadro clínico, posteriormente informar o diagnóstico, prestar apoio a família enlutada e após comunicar a possibilidade da doação de órgãos, também chamado essa última de entrevista<sup>15</sup>.

A entrevista pode ser feita por qualquer membro da equipe, desde que estejam capacitados, devendo conhecer todo o processo de doação de tecidos e órgãos, suprir qualquer dúvida da família, carecendo de portar-se com respeito, de forma humanizada, auxiliando nos processos burocráticos, servindo de apoio, proporcionando suporte emocional aos familiares<sup>15</sup>.

Os profissionais que realizam a entrevistas precisam compreender que

para a família a incerteza de qual decisão tomar, justifica-se não apenas na doação de órgãos, mas sim pela decisão do desligamento dos aparelhos e a ausência definitiva do seu familiar. Neste contexto, é importante que os profissionais estejam capacitados e preparados para conduzirem esta conversa, a fim de promover conforto, demonstrar respeito e despertar a reflexão da importância da doação para salvar outras vidas<sup>12</sup>.

Estudo desenvolvido em 2017 com o objetivo de relacionar a empatia com a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, no contexto atual da Enfermagem constatou que é imperioso aliar aspectos técnicos e humanísticos na oferta do cuidado de Enfermagem, além de resgatar a empatia na formação de profissionais da saúde, bem como na continuidade dos estudos após a graduação<sup>16</sup>. Tal estudo corrobora com as percepções obtidas pelos acadêmicos de enfermagem com relação à condução do protocolo de ME.

Em 2017, no Brasil a taxa de recusa na doação de órgãos no momento da entrevista foi de 42%, seguido por outros critérios que inviabilizam o transplante segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)<sup>17</sup>. O aumento da adesão por parte da população, torna-se um desafio para a ABTO, visto que é primordial para evolução no processo de doação de órgãos. Outras dificuldades encontradas foram a falta de profissionais capacitados e o despreparo da equipe. Diante desse fato constata-se que, quanto maior o preparo dos profissionais para trabalhar neste processo, há uma probabilidade maior de efetivação diante das situações circundantes de ME e doação de órgãos<sup>18</sup>.

Em estudo realizado em 2017 destacou que para melhorar a possibilidade de doação de órgãos pelos familiares, a equipe multiprofissional envolvida, precisa estar consciente que o familiar precisa ser bem atendido, desde o início da internação até o momento da entrevista. Sobremaneira, todo o profissionalismo da equipe refletirá na decisão da família sobre a captação de órgãos<sup>19</sup>.

A Resolução nº **2.173** do CFM, de 2017, permite a partir de então que os procedimentos sejam realizados por dois médicos capacitados, não necessariamente o médico neurologista como era anteriormente, mas com qualificação específica, seguindo as especialidades de medicina intensiva, neurologia, neurocirurgia, medicina de emergência ou médico sem especialidades, porém com um ano de experiência no atendimento a pacientes em coma, ou ter realizado dez determinações de ME e cursos de capacitação. Ambos não poderão fazer parte da equipe de captação de órgãos<sup>2</sup>.

A equipe médica também, é responsável pela abordagem com o familiar referente ao diagnóstico da ME, para posteriormente a equipe de captação assumir suas atribuições. A equipe de enfermagem participa ativamente deste processo e fica responsável pela abordagem e acolhimento da família, o que torna-se um desafio quando não há a preparação necessária para enfrentar estes momentos<sup>19</sup>.

Pesquisa descreve a importância da CIHDOTT, a qual tem como propósito agilizar o processo quando identifica um potencial doador até o fechamento do diagnóstico ME. Esta comissão foi criada afim de capacitar e preparar melhor os

profissionais que trabalham diretamente com possíveis doadores. Além disso, é responsável por organizar as rotinas e protocolos das instituições que possibilitem o processo de doação e captação de órgãos e tecidos<sup>20</sup>.

Por meio da inserção da CIHDOTT nas instituições hospitalares, houve a necessidade de os profissionais responsáveis envolvidos buscarem conhecimento prévio sobre o processo de morte e o processo de doação, habilidade de comunicação e as legislações específicas e todos os aspectos éticos que envolvem a doação de órgãos e tecidos<sup>20</sup>.

Nos últimos dez anos houve crescimento do número de doadores e de transplantes efetivados, porém ainda existe uma grande fila de espera por órgãos<sup>21</sup>. Este processo é complexo e envolve múltiplos fatores tanto do paciente, familiares e profissionais, assim como as instituições. Existe necessidade de desmistificar preconceitos, atuar na educação em saúde para facilitar a compreensão dos familiares abordando mais profundamente as questões éticas, científicas, de forma que haja uma comunicação clara e eficiente com familiares e equipe.

## CONCLUSÃO

O relato de experiência permitiu observar algumas lacunas no que diz respeito, principalmente, a ampliar as habilidades e competências dos profissionais de enfermagem em relação a ME. Também, verificou-se dificuldades relativas à avaliação clínica, trabalho em equipe, processos de comunicação entre a equipe e os familiares. A partir dos apontamentos

realizados e das reflexões estabelecidas, se tem ideia de que o caminho a ser percorrido, no sentido de ampliar a adesão das pessoas ao processo de doação de órgãos, é longo.

O Brasil tem avançado no que diz respeito aos transplantes de órgãos, mas como no caso relacionado, ainda falta capacitação dos agentes envolvidos, assim como uma horizontalidade dentro da própria equipe. O enfermeiro é o profissional que mais se aproxima do paciente e da família devido a própria natureza da profissão, tornando-o o profissional mais adequado para conduzir tal situação junto aos familiares. Porém para que isso ocorra, este deve estar preparado e ter a iniciativa para desempenhar tal tarefa de forma eficaz e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza BJS, Lira GG, Mola R. Notification of brain death in the hospital. **Rev RENE [Internet]. 2015;** 16(2): 194-200. Acesso em: 28 jun 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2706>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 2.173 [Internet]. Conselho Federal de Medicina. Brasília: MS; 2017. Acesso em: 21 jun 2018. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>
3. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev bras enferm [Internet]. 2007;** 61(1): 91-7. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>
4. Santos MJ, Moraes EL, Massarollo MCKB. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **Mundo saúde (Impr.) [Internet]. 2012;** 36(1): 34-40. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/90/03.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/03.pdf)
5. Albuquerque AM, Silva HCL, Torquato IMB, Gouveia BLA, Abrantes MSAP, Torres VSF. Vítimas de acidente de moto com traumatismo. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2016;* 5(10): 1730-8. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13549/16325>
6. Westphal GA, Garcia VD, Souza RL, Franke CA, Vieira KD, Birckholz VRZ et al. Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. **Rev bras ter intensiva [Internet]. 2016;** 28(3): 220-55. Acesso em: 28 jun 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051181/>
7. Cavalcante LP, Ramos IC, Araújo MAM, Alves MDS, Braga VAB. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paul Enferm (Online) [Internet]. 2014;** 27(6): 567-72. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27>

- [n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1194)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 292, de 05 de julho de 2004. **Conselho Federal de Enfermagem** [Internet]. **Brasília: MS; 2004**. Acesso em: 21 jun 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2922004\\_4328.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2922004_4328.html)
  9. Siminoff LA, Marshall HM, Dumenci L, Bowen G, Swaminathan A, Gordon N. Communicating effectively about donation: an educational intervention to increase consent to donation. **Prog transplant [Internet]. 2009; 19(1): 35-43**. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19341061>
  10. Moraes EL, Santos MJ, Merighi MAB, Massarollo MCKB. Experience of nurses in the process of donation of organs and tissues for transplant. **Rev latinoam enferm (Online) [Internet]. 2014; 22(2): 226-33**. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000200226](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200226)
  11. Braga CG, Silva JV. Teorias de Enfermagem. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 227
  12. Rossato GC, Girardon-Perlini NMO, Begnini D, Beuter M, Camponogara S, Flores CL et al. Doar ou não doar: a visão de familiares frente à doação de órgãos. **REME rev min enferm [Internet]. 2017; 21:e-1056**. Acesso em: 29 jun 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1194>
  13. Almeida EC, Bueno SMV, Baldissera VAD. Atuação de profissionais de saúde em doação de órgãos na perspectiva do familiar: uma análise problematizadora. **Arq ciências saúde UNIPAr [Internet]. 2015; 19(2): 139-45**. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5434>
  14. Aguiar FC, Mendes VLPS. Comunicação organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na gestão hospitalar. **Perspec ciênc inf [Internet]. 2017; 21(4): 138-55**. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-99362016000400138&lng=en&nr\\_m=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362016000400138&lng=en&nr_m=iso&tlng=pt)
  15. Garcia CD, Garcia VD, Pereira JD (Org.). **Manual de Doação e Transplantes:** informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante. Porto Alegre: Libretos, 2017. 220 p.
  16. Saviato RM, Leão ER. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc Anna Nery rev enferm [Internet]. 2016; 20(1):198-202**. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100198](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198)
  17. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) (Org.). Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada

- estado. **Registro Brasileiro de Transplantes**. São Paulo, 2017.
18. Freire ILS, Mendonça AEO, Freitas MB, Melo GSM, Costa IKF, Torres GV. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. **Enferm glob [Internet]. 2014; 10(4): 179-93**. Acesso em: 26 jun 2018. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt\\_administracion1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_administracion1.pdf)
19. Leite NF, Maranhão TLG, FARIAS AA. Captação de Múltiplos Órgãos: os Desafios do Processo para os Profissionais da Saúde e Familiares. Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA [Internet]. 2017; 11(34): 246-70. Acesso em: 29 de jun 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/687/967>
20. Arcanjo RA, Oliveira LC, Silva DD. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Rev bioét (Impr.) [Internet]. 2013; 21(1): 119-25*. Acesso em: 29 de jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a14v21n1>
21. Barreto BS, Santana RJB, Nogueira EC, Fernandez BO, Brito FPG. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. *Rev bras pesqui saúde [Internet]. 2016; 3(18): 40-8*. Acesso em: 21 jun 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15741>

**Autor Correspondente:** Camila Mumbach Melo

Endereço: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Santo Ângelo.

E-mail: camila.m.melo@hotmail.com

Recebido: 15 de agosto de 2018

Aprovado: 24 de agosto de 2018