



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**RAYSSA ALESSANDRA GODINHO DE SOUSA**

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E O DISCURSO EXPRESSO NA  
MÍDIA ESCRITA**

São Luís  
2017

**RAYSSA ALESSANDRA GODINHO DE SOUSA**

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E O DISCURSO EXPRESSO NA  
MÍDIA ESCRITA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Francisca Georgina Macedo de Sousa

São Luís  
2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Sousa, Rayssa Alessandra Godinho de.  
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E O DISCURSO EXPRESSO NA  
MÍDIA ESCRITA / Rayssa Alessandra Godinho de Sousa. -  
2017.

43 f.

Orientador(a): Francisca Georgina Macedo de Sousa.  
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Doadores de Tecidos. 2. Obtenção de Tecidos e  
Órgãos. 3. Transplante. I. Sousa, Francisca Georgina  
Macedo de. II. Título.

RAYSSA ALESSANDRA GODINHO DE SOUSA

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E O DISCURSO EXPRESSO NA MÍDIA  
ESCRITA

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa  
do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

**Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa - Orientadora**

Doutora em Filosofia de Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Ms. Marinese Hermínia Santos**

Mestre em Ciências  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Dra. Andréa Cristina Oliveira Silva**

Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Maranhão

*Aos familiares dos doadores de órgãos deste país, que, com o consentimento da doação, conseguem demonstrar o verdadeiro significado da generosidade. E a todas as pessoas que esperam por uma segunda chance de vida através de um transplante de órgãos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por ter me dado a oportunidade de começar esta caminhada, por ter estado comigo nos bons e maus momentos sempre sendo meu refúgio, por ter me conduzido até aqui e por me ajudar a concluir mais um sonho;

À Universidade Federal do Maranhão pela oportunidade de ingressar no mundo acadêmico e possibilitar o crescimento intelectual e individual de cada um de nós;

À professora Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa pela dedicação, competência, paciência e sabedoria durante todo o processo de orientação;

Às professoras, membros da Comissão Examinadora que destinaram parte do seu tempo para a leitura, análise e discussão deste trabalho;

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente (GEPFCA) pelo aprendizado e ingresso no campo da pesquisa, a todos os componentes meu agradecimento;

Aos meus pais, Etevaldo Almeida e Sílvia Godinho, pelo amor e dedicação durante toda minha vida, por acreditarem nos meus sonhos e por serem minhas referências. Em especial à minha mãe, por não medir esforços para que meus sonhos fossem realizados e para que eu chegasse até aqui;

A minha irmã Larissa Godinho, pelo apoio, incentivo e palavras de carinho durante essa trajetória;

Ao meu namorado Daniel Borges, por ter me acompanhado nessa caminhada me encorajando e incentivando;

Aos meus colegas de turma, em especial as minhas amigas Mirtes Valéria e Paloma Reis, pelo companheirismo que foi essencial neste caminhar. Todos os momentos que partilhamos juntas foram inesquecíveis e certamente ficarão guardados em meu coração;

Por fim, agradeço aos docentes do Departamento de Enfermagem pelos conhecimentos compartilhados que contribuíram na construção do conhecimento da ciência da Enfermagem e minha formação acadêmica, e também a todos os quais os nomes não estão aqui eternizados, mas que certamente sabem o grau de importância que tiveram nesta caminhada. A vocês todo o meu amor e gratidão por sempre estarem ao meu lado.

“Aqueles que passam por nós, não vão  
sós, não nos deixam sós, deixam um  
pouco de si, levam um pouco de nós ”

Antoine de Saint-Exupéry

## RESUMO

O transplante de órgãos tem sido testado, ao longo da história, como alternativa eficaz para manutenção da vida quando a mesma já não se faz possível devido a falência de algum órgão que seja passível de doação. Diante da complexidade do processo de doação de órgãos e tecidos questiono: Como, ao longo do tempo, o discurso sobre doação de órgãos e tecidos foi construído pela mídia impressa local e nacional? Diante do exposto o presente estudo tem por objetivos explorar os conteúdos expressos na mídia impressa local e nacional sobre o tema doação de órgãos e tecidos e descrever, a partir da estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo, os temas construídos sobre a temática doação e transplante de órgãos e tecidos. Tratando-se assim de um estudo documental e descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio dos conteúdos publicados em duas revistas impressas: a Revista Veja e Época e dois jornais locais: Estado do Maranhão e o Imparcial. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2016. Como suporte para coleta e análise dos dados foi utilizado a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC que compreende a organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos a partir de depoimentos. O estudo constituiu-se em um *corpus* definido por 70 entrevistas. Após a análise de cada reportagem e determinar as Expressões-chave de cada depoimento, foram identificadas as seguintes Ideias Centrais para a construção do discurso: 1) Limitações para a doação de órgãos; 2) Benefícios do transplante; 3) Questões éticas na doação e no transplante; 4) Condições para realização de transplantes; 5) Questões que permeiam o processo da Morte Encefálica. Com as Expressões-Chave das Ideias Centrais semelhantes foram construídos seis discursos síntese ou Discursos do Sujeito Coletivo, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. A partir das ideias centrais o transplante de órgãos foi revelado como terapêutica efetiva aos indivíduos portadores de doenças crônicas incapacitantes. No país o Sistema Único de Saúde é financiador de grande parte das diálises realizadas no Brasil. A hemodiálise compreende um tratamento de custo elevado no país em contrapartida o transplante constitui uma terapêutica de custo menor e que proporciona melhor qualidade de vida. Apesar dos avanços científicos e desenvolvimento de novas técnicas a lista de espera para transplante é desproporcional ao número de doadores e o processo de doação é marcado por questões éticas, culturais e religiosas que limitam o número de doação no país.

**Descritores:** *Obtenção de Tecidos e Órgãos. Transplante. Doadores de Tecidos.*



## ABSTRACT

In the course of history, organ transplantation has been tested as an effective alternative for maintenance of life, when it is no longer possible to maintain life due to organ failure that may be donated. Faced with complexity of the organ and tissues donation process, I question: How the discourse about organs and tissues transplantation was built by local and national print media? Based on above considerations, this study aims to explore the content expressed in the local and national print media about organs and tissues donation, and to describe the themes constructed about the subject donation and organs and tissues transplantation, according to the Discourse of the Collective Subject strategy. This is a documental and descriptive study with a qualitative approach. Data collection was carried out by contents published in two printed magazines: *Veja Magazine* and *Época Magazine*, and two local newspapers: *Estado do Maranhão* and *o Imparcial*. Data was collected from April to June 2016. As support for data collection and analysis, the DSC-Discourse of the Collective Subject was used, which comprises the organization and tabulation of qualitative data obtained from interviews. The corpus of this study was defined by 70 interviews. Following examination of each report and after determine the key-expressions of the interviews, it was identified the following central ideas to build the discourse: 1) Limitation of organs donation; 2) Benefits of transplantations; 3) Ethical issues in donation and transplantation; 4) Conditions for transplantations; 5) Questions about the process of brain death. Based on the key-expressions of the central ideas, it was established six discourse synthesis or DCS, where thinking of a group or collectivity appears as if it was an individual discourse. According to the central ideas, organ transplantation was revealed as effective therapy for individuals with disabling chronic diseases. In Brazil, the Public Health Service finances most of dialysis carried out in this country. Hemodialysis comprises in a high cost treatment in Brazil. In return, transplantation constitutes in a low cost therapy, which provides better life quality. Despite scientific advances and development of new techniques, the waiting list for transplantations is disproportionate when compared with the number of donors. Besides that, the donation process is marked by ethical, cultural and religious issues that limit the number of donation in the country.

**Descriptors:** *Tissue and Organ Procurement. Transplants. Tissue Donors*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Ideias Centrais que emergiram do processo analítico.....	27
Quadro 1.	Intervalo entre os testes clínicos de acordo com a faixa etária do potencial doador.....	20
Quadro 2.	Dados brutos e produção das expressões chave.....	25
Quadro 3.	Produção das Ideias Centrais.....	26
Tabela 1.	Edições e datas das publicações dos jornais e revistas como dados brutos de pesquisa. São Luís – MA, 2016.....	23

## LISTA DE SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
AC	Ancoragem
ACs	Ancoragens
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CIM	Contraindicação Médica
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSCs	Discursos do Sujeito Coletivo
ECH	Expressão Chave
ECHs	Expressões Chave
EEG	Eletroencefalograma
EF	Entrevista Familiar
IC	Ideia Central
ICs	Ideias Centrais
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ME	Morte Encefálica
MS	Ministério da Saúde
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PCR	Parada Cardiorrespiratória
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
3.1 História do transplante de órgão e tecidos.....	16
3.2 Legislação Brasileira sobre transplante de órgãos e tecidos.....	18
3.3 Processo de doação de órgãos e tecidos.....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	22
4.1 Tipo de estudo.....	22
4.2 Recursos para a coleta de dados.....	22
4.3 Referencial Metodológico.....	23
4.4 Análise e interpretação dos dados.....	24
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	27
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	36
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	38

## 1. INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos tem sido testado, ao longo da história, como alternativa eficaz para manutenção da vida quando a mesma já não se faz possível devido à falência de algum órgão que seja passível de doação. Em virtude dos avanços em pesquisa, atualmente, a técnica do transplante é extremamente eficaz na manutenção da vida e da qualidade de vida do transplantado (PEGO-FERNANDES, GARCIA, 2010).

No Brasil os transplantes de órgãos iniciaram na década de 1960, mas somente na década de 1990, foram apresentadas ao Ministério da Saúde as primeiras propostas recomendando uma organização no processo de transplantes no país. Até aquele momento, não existia no Brasil uma legislação que regulamentasse a realização de transplante de órgãos e tecidos no país. No entanto, com os avanços científicos e o aprimoramento de técnicas cirúrgicas houve um progresso significativo nos resultados, surgindo assim novas indicações e conseqüentemente proporcionando uma demanda pela necessidade de transplantes, assim como a regulamentação destas atividades no país (OLIVEIRA, SILVA, 2012).

A legislação brasileira sobre o tema teve início em 1968, com a Lei nº 5.479, que regulamentava a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica (BRASIL, 1968). Em 1992 esta lei foi revogada pela de nº. 8.489, em vigência até 1997, tendo sido novamente revogada pela Lei nº. 9.434, sobre remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Ainda em 1997 foi aprovado o Decreto Lei no. 2268 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) responsável pela regulamentação da Lei no. 9434 e criação do Sistema Nacional de Transplante (SNT) que apresenta como órgão centralizador a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) para cada Estado brasileiro e os cadastros técnicos (lista única). Nessa estrutura, a CNCDO ou Central de Transplante, tem como finalidades coordenar as atividades de doação e transplante de órgãos e tecidos em âmbito estadual, desde a retirada até a indicação do receptor, controlar a lista de espera dos receptores, bem como o destino de órgãos e tecidos captados (BRASIL, 1997). Sendo assim, o avanço da legislação brasileira sobre o tema constitui melhorias significativas na

ciência, no Sistema de Saúde e para toda a sociedade brasileira (PESTANA *et al*, 2012).

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) o Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes realizados, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Contudo, o número de órgãos transplantados ainda não é capaz de suprir a demanda e é grande o número de pessoas aguardando órgãos em fila de espera (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2014).

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2015) no Dimensionamento dos Transplantes aponta que, em 2015, foram realizados 21.770 transplantes no Brasil, sendo 13.861 de córnea, 5.554 de rim, 1.809 de fígado, 119 de pâncreas, 353 de coração e 74 de pulmão. No Maranhão, foram realizados 205 transplantes sendo 144 de córnea e 61 de rim, pois são os únicos realizados no Estado. Embora o momento tenha sido satisfatório pelo aumento expressivo do número de doações de órgãos e tecidos em 2015, cabe reconhecer que é amplamente insuficiente frente à grande demanda da lista de espera. Há a necessidade de melhorias na relação entre a sociedade e as questões relativas à doação, além de adotar medidas educativas para favorecer o envolvimento dos profissionais de saúde no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante (LIMA, 2015).

Ressalta-se que a fila de espera no Brasil é pelo sistema de lista única, conhecido como fila única de transplantes, que foi instituído pelo Decreto nº 2.268, de 1997 (BRASIL, 1997). Nesse sistema, os potenciais doadores terão seus órgãos distribuídos aos potenciais receptores que estão cadastrados na fila, obedecendo aos parâmetros específicos para cada órgão. É de extrema importância que a população de modo geral compreenda o processo de doação de órgãos e tecidos, a fim de desmistificar e romper com inúmeros tabus que ainda se encontram presentes no imaginário popular. Cabe ao profissional de saúde, sensibilizar a população de forma geral, por meio de ações educativas quanto à importância da doação de órgãos e tecidos e de informar aos familiares seu desejo de ser doador. Essa sensibilização pode ser compartilhada com os meios de comunicação, visto que uma parcela significativa da população recebe informações sobre a temática doação de órgãos e tecidos através dos meios de comunicação de massa, sendo assim o

indivíduo informado é capaz de discutir com amigos e familiares sobre o tema o que é por si só um mecanismo de promoção da doação de órgãos e tecidos. Porém, diante da complexidade do processo de doação de órgãos e tecidos questiono: Como, ao longo do tempo, o discurso sobre doação de órgãos e tecidos foi construído pela mídia impressa local e nacional?

O interesse por esse estudo surgiu inicialmente por uma maior identificação com o tema em aula ministrada na disciplina de Urgência e Emergência no Curso de Graduação em Enfermagem da UFMA sobre Morte Encefálica, e posteriormente pela colaboração na pesquisa “DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS: uma pesquisa convergente assistencial”, por meio de panfletagem em *shoppings* da cidade durante a Semana Nacional do Doador de Órgãos com objetivo de esclarecer e sensibilizar a população quanto a importância da doação de órgãos e tecidos, despertando o compromisso e responsabilidade social juntamente com o reconhecimento, de que o transplante de órgãos e tecidos é uma terapêutica que possibilita a transformação de vidas. A partir dessa pesquisa pude perceber a possibilidade da elaboração de um trabalho voltado para essa temática.

A realização de um trabalho dessa natureza torna-se relevante na medida em que pode de alguma forma, permitir a compreensão dos transplantes de órgãos e tecidos a partir da percepção de jornalistas que de forma direta ou indireta influenciam na formação da opinião pública através de suas publicações, possibilitando a identificação das fragilidades que permeiam o transplante de órgãos e tecidos, e também potencialidades no que diz respeito ao seu crescimento no decorrer dos anos.

## 2. OBJETIVOS

- ✓ Explorar os conteúdos expressos na mídia impressa local e nacional sobre o tema doação de órgãos e tecidos;
  
- ✓ Descrever, a partir da estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo, os temas construídos sobre a temática doação e transplante de órgãos e tecidos



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 História do transplante de órgãos e tecidos

A ideia de substituir órgãos doentes ou de recolocar membros amputados remonta de séculos, pois há relatos que fazem referência a implantes de membros em substituição de outros gangrenados em era anterior a Cristo mostrando-nos o quanto tal ideia é milenar. Entretanto, somente a partir do Século XXI, o transplante de órgãos e tecidos assumiu caráter de cura (VIEIRA, 2015).

O transplante de órgãos e tecidos é considerado uma terapêutica essencial no tratamento de doenças crônicas e incapacitantes proporcionando a reabilitação e o aumento da expectativa de vida (SANTOS *et al.*, 2012).

De acordo com Catão (2004), o primeiro relato da realização de um transplante aparece nos manuscritos chineses do terceiro século a.C., onde o cirurgião Pien Chiao realizou com sucesso a troca de órgãos entre dois irmãos. Por volta do ano de 750 a 800 a.C., datam os primeiros relatos dos hindus de reconstrução do nariz e enxerto de pele para reconstrução facial, realizada pelo cirurgião Sushruta. Na Grécia, Roma e até mesmo na América pré-colombiana, estudos arqueológicos encontraram vestígios de transplantes dentários. Na Antiguidade, por volta do século III, firmou-se a lenda dos Santos Cosme e Damião na qual um homem que havia contraído uma gangrena em uma das pernas foi salvo pelo transplante do órgão recebido de um escravo mouro que acabara de morrer, permanecendo desta forma com uma perna branca e outra negra.

Durante os séculos XV e XVI, foram relatadas as primeiras tentativas de transplantar tecidos procedentes de pessoas e animais, resultando em fracasso, devido ao fato de que a retirada dos órgãos e tecidos era feita de forma rudimentar, sem nenhum conhecimento quanto aos riscos de infecção (LEITE, 2000).

De acordo com Pereira (2012) em 1902, Ullman, conseguiu com êxito realizar transplante renal em um cão. Entretanto, o êxito completo da experiência, não foi alcançado devido à rejeição do órgão transplantado

alguns dias após a experiência. Novas descobertas relacionadas aos transplantes permaneceram estacionadas até 1923, quando o pesquisador Carl Eilliamson, chegou às mesmas conclusões de Carrel afirmando que os insucessos na realização dos transplantes deviam-se a fatores biológicos ainda desconhecidos.

Segundo Vieira (2015), foi Willaimson o primeiro a observar através da análise microscópica de rins transplantados, os efeitos da rejeição imunológica sobre os tecidos. Somente por volta de 1880 foram realizados os primeiros transplantes entre seres humanos, sendo os mesmos de córnea.

Em 1933, foi realizado na Ucrânia o primeiro transplante renal em humanos, entretanto sem sucesso devido ao óbito do receptor, dias após o procedimento. Um avanço ocorreu em, 1946 quando um enxerto renal permaneceu funcionando por três dias. Apesar da evolução das técnicas cirúrgicas, foi observado que a rejeição ainda permanecia. Somente na década de 60, a rejeição começou a ser controlada atingindo seu apogeu nos anos 80, a partir do desenvolvimento da droga imunossupressora ciclosporina, revolucionando os transplantes ao redor do mundo por proporcionar o aumento dos índices de sobrevida dos transplantados (MOACIR, 2002).

No Brasil desde, 1954, quando foi realizado o primeiro transplante no país sendo o mesmo de córneas, os transplantes de órgãos foram evoluindo consideravelmente no que diz respeito às técnicas, variedades de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados (MENDES *et al*, 2012). Os avanços científicos e tecnológicos têm contribuído de maneira eficaz para o aumento expressivo do número de transplantes, embora ainda insuficiente, face à enorme demanda de órgãos, já que o número de órgãos à disposição é insuficiente para cobrir as necessidades médicas (SANTOS *et al*, 2012). Com base nos dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, no primeiro de semestre de 2016 a lista de espera chegava a 33.199 pessoas, entretanto no mesmo período foram realizadas somente 4.970 notificações de potenciais doadores, onde dessas somente 1.434 tornaram-se doadores efetivos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2016)

### 3.2 Legislação Brasileira sobre transplante de órgãos e tecidos

Diante da evolução no processo de transplante houve necessidade de repensar sobre os aspectos éticos e emocionais nele envolvidos, a partir de suporte legal e jurídico. Assim, em 1963 foi promulgada a Lei nº 4.280 que tratou da regulamentação referente à doação e transplante de órgãos e tecidos, onde a retirada de órgãos e tecidos para fins de transplante era permitida mediante autorização escrita do doador ou desde que não houvesse oposição por parte do cônjuge ou dos parentes até o segundo grau, ou de corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos (BRASIL, 1963).

O segundo registro legal sobre o mesmo tema ocorreu em 1968, com a Lei nº 5.479, que dispunha sobre retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica. Sendo permitida a disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo “*post mortem*”, para fins terapêuticos, não estabelecendo condição de gratuidade quanto ao doador vivo (BRASIL, 1968).

Somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve a revogação da Lei nº 5.479 com a promulgação da Lei nº. 8.489 de 1992, que permaneceu em vigência até 1997, tendo sido revogada pela Lei nº 9.434, sobre remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, que se caracterizava claramente dentro do princípio da doação presumida (BRASIL, 1997). Dispondo em seu art. 4º que

Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para a finalidade de transplante ou terapêutica *post mortem* (BRASIL, 1997, art.4º)

No mesmo artigo, em seu 1º parágrafo, decretava a impressão da expressão “não-doador” de órgãos e tecidos na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação (BRASIL, 1997). Após essa lei, o número de doadores decresceu rapidamente, tanto por fatores culturais quanto por desconhecimento e falta de entendimento da lei (FREIRE *et al*, 2012).

No ano de 2001, a Lei nº 10.211/2001 alterou substancialmente a lei de 1997, modificando o Art. 4º da lei original e afirmando:

A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001, art. 4º).

Com esse decreto, foi criado no âmbito do Ministério da Saúde (MS), o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), instituindo um avanço, no que diz respeito aos transplantes para a história brasileira (ALMEIDA, 2012).

### 3.3 Processo de doação de órgãos e tecidos

Para Santos *et al* (2012), o processo de doação é definido como um conjunto de ações e procedimentos que conseguem transformar um potencial doador em um doador efetivo. Em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da resolução nº 1.480/97 regulamentou o diagnóstico de Morte Encefálica (ME), como cessação irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral. Afirmou ainda que a ME deve ser consequência de um processo irreversível e com causa conhecida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997). Instituiu ainda que o processo de doação de órgãos iniciasse com a identificação de um possível doador de órgãos e/ou tecidos que ocorre principalmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Geralmente, os potenciais doadores são pacientes internados por lesões neurológicas agudas graves (hemorragia intracraniana, acidente vascular encefálico, traumatismo craniano, entre outras), que mantêm grau 3 na escala de coma de Glasgow, sem incursões ventilatórias voluntárias e sem condições confundidoras para o coma, como uso de sedação e bloqueadores neuromusculares, hipotermia ou distúrbios metabólicos graves, ou seja, são pacientes graves sem resposta a estímulos e que frequentemente evoluem para ME (LOPES; SILVA, 2014).

De acordo com a resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina (1997) para confirmação do diagnóstico de ME, são necessários a realização de testes clínicos e exames complementares, com intervalo mínimo de tempo entre os exames clínicos, respeitando a faixa etária do paciente conforme apresentado no Quadro 1. A realização dos exames clínicos deve ser feita por profissionais médicos diferentes, não podendo os

mesmos ser integrantes da equipe de remoção e transplante, e pelo menos um dos exames deve ser obrigatoriamente realizado por um neurologista.

**Quadro 1.** Intervalo entre os testes clínicos de acordo com a faixa etária do potencial doador

Idade	Intervalo entre os testes clínicos
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	6 horas

Fonte: Resolução CFM n. 1.480/97

Atualmente, o protocolo de ME contempla a execução de dois (02) exames clínicos, um teste de apneia e um exame complementar comprobatório. A avaliação clínica deve ser realizada através de testes motores, avaliação dos seguintes reflexos: resposta pupilar, oculocefálico (olhos de boneca), reflexo oculovestibular (teste calórico), corneal, tosse e teste de apneia. A realização dos exames complementares como: eletroencefalograma (EEG), *doppler* transcraniano, arteriografia cerebral, cintilografia cerebral, tomografia computadorizada com contraste e angiografia é indicada para confirmação inequívoca da ausência de atividade elétrica ou metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral. Em casos onde o primeiro exame não for compatível com ME, é indicado sua repetição após 24-48 horas sem a inviabilização do protocolo. Não sendo necessário repetição dos exames clínicos ou do teste de apneia. Para garantia da segurança do processo, o mesmo tipo de exame deve ser utilizado para a repetição (PARANÁ, 2016).

Com a confirmação da ME, encerramento do protocolo e notificação do potencial doador, o médico responsável comunica o óbito à família, e um profissional capacitado – da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), Organização de Procura de Órgãos (OPO) ou Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) – avalia o paciente doador, com o intuito de descartar todas as contraindicações absolutas para a doação de órgãos. Após

avaliação, o profissional responsável segue com a entrevista familiar (EF), informando aos familiares a possibilidade da doação de órgãos e tecidos. Caso a família opte pela doação, deverá assinar o Termo de Consentimento. Durante esse processo a família pode decidir quais órgãos serão doados (PESTANA *et al.*, 2013).

No caso de negativa familiar, os procedimentos terapêuticos empregados ao paciente devem ser suspensos, visto que, o óbito já foi confirmado, contudo o Conselho Federal de Medicina recomenda a participação da família na decisão, e registro em prontuário (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

De acordo com as exigências legais dispostas no Decreto nº 2.268/1997, que regulamenta a Lei nº 9.434/1997 todo o processo deve ser documentado e arquivado. Os prontuários devem ser mantidos pelo prazo de cinco anos nas instituições onde foram realizados os procedimentos. Após o vencimento desse prazo, os prontuários deverão ser confiados à responsabilidade da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado, devendo permanecer disponíveis pelo prazo de 20 anos, para eventual investigação criminal (BRASIL, 2001).

Após a realização dos transplantes, as informações quanto às condições desses pacientes, devem ser repassadas à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos concluindo-se assim o processo de doação e transplante (SANTANA, *et al.*, 2010). Para as autoras o processo de doação de órgãos constitui um processo complexo que envolve diversos obstáculos que por sua vez, contribuem para o aumento do número de pacientes em lista de espera por um órgão, dentre eles, destaca-se o desconhecimento do conceito de morte encefálica, dificuldades logísticas para a manutenção do potencial doador, parada cardíaca irreversível dos possíveis doadores durante o processo de doação, atraso na determinação da morte encefálica e recusa familiar.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. De acordo com Pope e Mays (2009), é por meio dessa abordagem que são desenvolvidas percepções e interpretações subjetivas que emergem da experiência e de comportamentos objetivos como produtos das ações e do contexto, envolvendo os aspectos sociais, culturais, políticos e físicos que cercam os sujeitos da pesquisa.

### 4.2 Recursos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio dos conteúdos publicados em revistas impressas de maior circulação nacional e de jornais locais de maior circulação. Foram selecionadas duas revistas de circulação nacional: a Revista Veja e Época e os jornais locais: Estado do Maranhão e o Imparcial utilizando como recorte temporal os anos de publicação da primeira edição das revistas VEJA e Época e dos jornais Estado do Maranhão e Imparcial disponíveis em acervos digitais.

O lançamento da primeira edição das revistas Veja e Época datam respectivamente dos anos de 1968 e 1998, onde todos exemplares encontram-se disponíveis em acervo digital para os assinantes. Já os jornais locais O Estado do Maranhão e O imparcial foram publicados pela primeira vez nos anos de 1959 e 1926 respectivamente, contudo somente os exemplares publicados a partir de 2001 encontram-se disponíveis digitalizados para os assinantes. A demonstração das publicações que abordaram a temática objeto de estudo totalizou 70 conforme descritas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Edições e datas das publicações dos jornais e revistas como dados brutos de pesquisa. São Luís – MA, 2016

Revistas		Edições	Total
<b>Veja</b>	Nº 66, 316, 426, 888, 905, 965, 1031, 1042, 1058, 1063, 1090, 1091, 1109, 1186, 1252, 1349, 1519, 1647, 1716, 1720, 1785, 2045, 2072, 2107, 2206, 2222		<b>26</b>
<b>Época</b>	224, 227, 246, 250, 290, 328, 372, 414, 523, 545, 565, 719		<b>12</b>
Jornais		Data	
<b>Jornal O Estado do Maranhão</b>	24/09/2002, 27/11/2003, 06/12/2003, 25/07/2004, 25/07/2004, 15/09/2007, 16/09/2008, 24/09/2009, 23/09/2010, 24/09/2010, 21/05/2011, 27/09/2011, 03/11/2011, 30/07/2012, 27/09/2012, 28/09/2012, 29/09/2012, 26/09/2013, 25/03/2014, 20/09/2014, 21/09/2014, 22/09/2014, 23/09/2014, 25/09/2014, 29/09/2014, 24/02/2015		<b>26</b>
<b>Jornal O Imparcial</b>	15/06/2015, 22/08/2015, 28/09/2015, 04/10/2015, 06/01/2016, 26/04/2016.		<b>06</b>
<b>Total</b>			<b>70</b>

#### 4.3 Referencial Metodológico

Como suporte para coleta e análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC que de acordo com os autores Lefèvre, Lefèvre (2014) compreende na organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos a partir de depoimentos. A reunião desses conteúdos de mesmo sentido em um texto na primeira pessoa do singular, busca produzir no leitor um efeito de “coletividade falando”, fazendo com que a ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo desenvolvido e enriquecido (LEFÈVRE, LEFÈVRE 2009).



De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2009) para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo, devem ser utilizados três figuras metodológicas que compreendem: Expressões Chave (ECH), Ideias Centrais (IC) e Ancoragem (AC). Onde os trechos que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente são denominados Expressões Chave, já o conjunto homogêneo de Expressões Chave que revelam de maneira concisa o sentido de cada discurso compreende a Ideia Central, a Ancoragem por sua vez é a expressão linguística que dá sustentação a Expressão Chave manifestando uma dada teoria ou ideologia.

De acordo com Figueiredo *et al* (2013) o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) compreende na reunião de ECH que têm ICs ou Acs semelhantes ou complementares num discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular. Compreendendo de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2010) o Discurso do Sujeito Coletivo é um pensamento de uma pessoa coletiva, redigida na primeira pessoa do singular.

#### 4.4 Análise e interpretação dos dados

Os dados foram analisados segundo o referencial do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre (2010), que “um discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso”. Que tem como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos. Todo este processo de descoberta foi seguido de forma rigorosa ao que foi descrito pelo método. A descoberta das expressões chave foi o primeiro passo, sendo seguido pela extração, a partir dos artigos, das ideias centrais ou ancoragem. Assim, na construção dos discursos síntese ou DSC foram adotados os seguintes procedimentos, conforme descrito em (ARCE; SOUZA, 2013):

- Definição de Expressões-Chave (ECH): fragmentos retirados dos depoimentos que revelam a essência do conteúdo do discurso;
- Identificação de Ideias Centrais (ICs): foram apontados nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, os sentidos de cada depoimento e de cada

categoria de depoimento e que possuíam sentido semelhante ou complementar. Cabe destacar que a IC compreende numa descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos;

- Construção do DSCs propriamente ditos: compreende na reunião ECH presentes nas falas dos sujeitos, que possuíam ICs de sentido semelhante ou complementar, para dar-lhes a forma de frases encadeadas.

Segundo as etapas acima descritas o processo de análise dos dados pode ser observado nos Quadros 2 e 3:

**Quadro 2.** Dados brutos e produção das expressões chave

Trechos dos artigos	Expressões chave
<p>Revista Veja, edição 2107 de 08/04/09 Na sala 11 do centro cirúrgico do Instituto do Coração em São Paulo, nove profissionais, entre médicos, enfermeiras e instrumentistas, estão prontos para a realização de mais um transplante cardíaco. Há pelo menos uma hora e meia (...). Só depois de normalizados os batimentos é que se conecta o restante dos vasos sanguíneos.</p>	<p>Relato de um transplante cardíaco</p>
<p>Os transplantes estão entre os procedimentos mais complexos e fascinantes da medicina.</p>	<p>Transplante de órgãos como procedimento complexo e capaz de salvar vidas</p>
<p>Os doentes já esgotaram todas as chances de cura para seus males, hoje é oferecida a possibilidade de substituir, além do coração, rim, fígado, pulmão, pâncreas, intestino, córneas, medula óssea, pele, valva cardíaca, ossos e esclera ocular.</p>	<p>Descreve os órgãos que podem ser doados</p>

**Quadro 3.** Produção das Ideias centrais

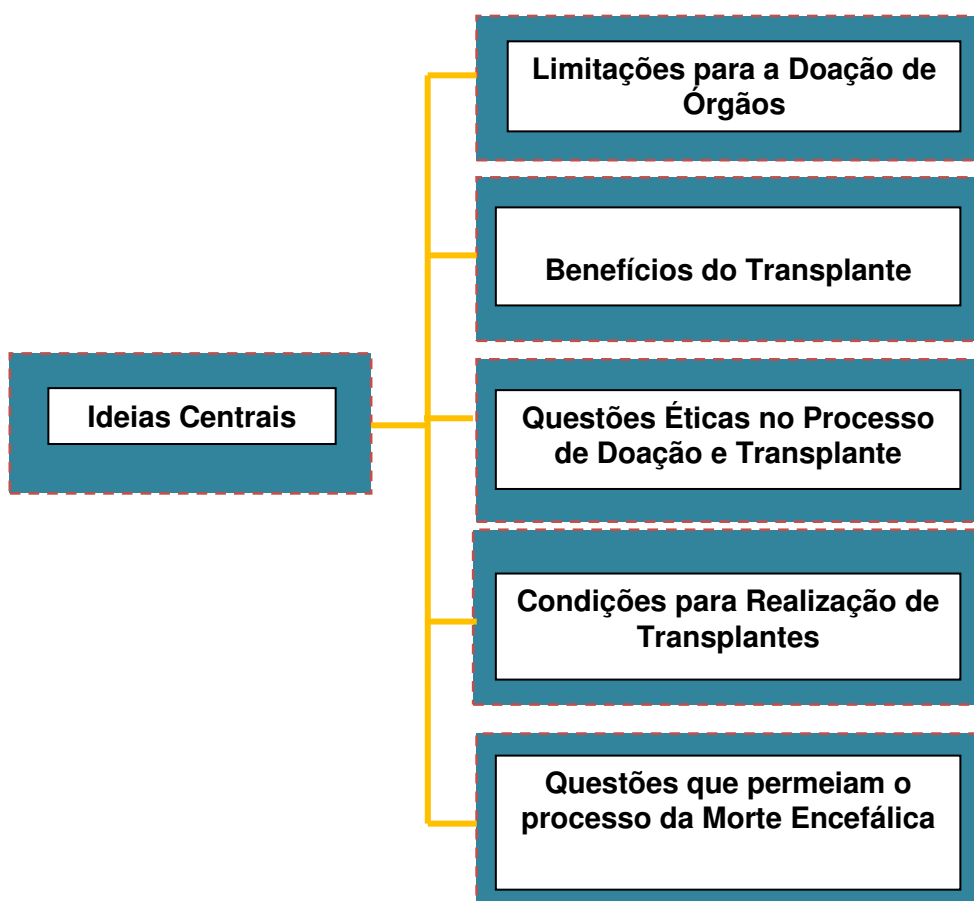
Expressões chave	Ideias centrais
<p>O transplante é uma terapêutica mais barata que a diálise</p> <p>Os custos da cirurgia e pós-operatórios são menores que o da diálise permanente.</p> <p>Um transplante custa em média 80 mil cruzeiros enquanto a diálise custa 5 mil cruzeiros mensais, sem contar os gastos em mão de obra e a ocupação de um leito.</p>	Benefícios do transplante
<p>Medo de deformação e questões religiosas estão entre os principais receios apontados pelas famílias de potenciais doadores.</p> <p>O reduzido número de doações é atribuído ao preconceito religioso que ainda existe no país.</p> <p>As famílias acreditam que a alma do seu familiar não terá paz se permitir a doação de órgãos.</p>	Limitações para a doação de órgãos
<p>A morte de dezenas de milhares de pessoas todos os anos que poderiam ser salvas através de um transplante é um problema grave no país.</p> <p>No Brasil a legislação determina que a decisão da doação dos órgãos cabe somente aos familiares.</p> <p>Cerca de 80% dos doadores de rim são doadores vivos.</p>	Questões éticas na doação e no transplante

Após analisar cada reportagem e determinar as Expressões-chave de cada depoimento, foi identificado as seguintes Ideias Centrais para a construção do discurso: 1) Limitações para a doação de órgãos; 2) Benefícios do transplante; 3) Questões éticas no processo de doação e transplante; 4) Condições para realização de transplantes; 5) Questões que permeiam o processo da morte encefálica. Com o material das ECH e das ICs semelhantes foram construídos discursos síntese ou DSCs, sempre na primeira pessoa do singular, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2015).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Da análise dos dados brutos surgiram inúmeras Expressões-Chave. A agregação das ECH's sentidos semelhantes possibilitou delimitar as IC's e a construção dos discursos. Sob essa perspectiva e com apoio dos pressupostos do DSC, os resultados serão apresentados descritivamente a partir de cada Ideia Central construída. Assim, emergiram cinco Ideias Centrais apresentadas na Figura 1 e seis (06) DSC que serão apresentados após as ideias centrais:

**Figura 1.** Ideias Centrais que emergiram do processo analítico



### IC: Limitações para a Doação de Órgãos

A falta de informação da população e questões culturais são os principais obstáculos para a doação de órgãos. Fatores como medo de deformação no corpo e de comercialização de órgãos, dificuldade dos médicos em realizar o protocolo de morte encefálica e o baixo número de notificações de óbito e de morte encefálica também contribuem para os baixos índices de doação. A recusa familiar associada à falta de estrutura dos hospitais em notificar os

casos de morte encefálica para as centrais de transplante dificultam a redução da fila de espera. As questões religiosas estão entre os principais receios para negação de doação de órgãos apontados pelas famílias de potenciais doadores. O reduzido número de doações é atribuído às questões religiosas que ainda existem no país, pois as famílias acreditam que a alma do seu familiar não terá paz se permitir a doação de órgãos. Fatores socioeconômicos, filosóficos e religiosos em conjunto com o misticismo e divergências culturais contribuem para os baixos índices de doadores cadáveres no Brasil. A legislação vigente é apontada como responsável pela desproporção entre doadores vivos e cadáver. A realização de transplantes não depende inteiramente de hospitais equipados e profissionais, antes de tudo depende da doação de órgãos. O Ministério da Saúde afirma que o grande problema para os transplantes no país ainda é a doação, pois depende da solidariedade entre as pessoas. A cada 10 potenciais doadores, apenas 2 têm a doação autorizada pela família após a morte. No Brasil, a taxa de aceitação das famílias para doação é de 55,7%. O principal motivo para que um órgão não seja doado no Brasil ainda é a negativa familiar. (DSC – Ideia central 1: Limitações para a Doação de Órgãos)

A negativa familiar é o principal motivo para que um órgão não seja doado no Brasil (ABTO, 2014). Para Santos *et al* (2012) as principais motivações para a recusa familiar à doação de órgãos e tecidos são: a crença religiosa motivada pela espera de um milagre; a falta de compreensão quanto ao diagnóstico de ME em conjunto com a esperança de melhora do quadro; a recusa da manipulação do corpo; o medo da reação da família; a falta de confiança na assistência prestada e o medo do tráfico de órgãos; a inadequação no processo de doação; o desejo do paciente falecido, manifestado em vida, de não ser um doador de órgãos; e o medo da perda do ente querido.

Diante de todas as dificuldades encontradas para obtenção do consentimento da doação, a recusa familiar pela doação de órgãos do ente falecido vem sendo considerada um dos principais fatores responsáveis pela escassez de órgãos e tecidos para transplante (ROSÁRIO *et al.*, 2013). A incompreensão acerca do diagnóstico da ME por parte dos familiares é o principal motivo da recusa a doação, pois os envolvidos não conseguem compreender como um corpo que possui batimentos cardíacos, uma temperatura morna e que respira mesmo com ajuda de aparelhos possa estar morto (PESSOA *et al*, 2013).

Dados da ABTO confirmam essa realidade. Segundo a entidade, a não concretização da doação de órgãos por potenciais doadores notificados,

do total de 4.970 notificações nos estados brasileiros durante o primeiro semestre de 2016, teve como causas: recusa de doação na entrevista familiar em 1.279 (44%) dos casos; contraindicação médica (CIM) em 805 (16%); parada cardiorrespiratória (PCR) em 565 (11%); e por outros motivos em 887 (18%) dos casos (ABTO, 2016).

De acordo com Silva *et al* (2016) o funcionamento do processo de captação de órgãos de forma eficiente é de extrema importância para garantir a realização da doação. Entretanto, a existência de falhas relacionadas à logística do processo prejudica a efetivação da doação. Dentre tais limitadores para a concretização do processo de doação e transplante podemos citar, a falta de leitos de UTI ou equipamentos para diagnóstico de ME e até mesmo em algumas situações a falta de neurologista ou neurocirurgião, que como mencionado anteriormente, é essencial para a realização do protocolo de ME. Sendo assim, o conjunto de recursos, dos quais as instituições envolvidas dispõem, constitui-se um fator decisivo no desempenho do sistema de transplante.

### **IC: Benefícios do transplante**

O fim do século XX é considerado a era dos transplantes e que nenhum procedimento influenciou tantas especialidades quanto essa técnica tendo beneficiado diversas áreas como da infectologia e imunologia. Doenças como a diabetes tipo 1, a artrite reumatóide, a insuficiência cardíaca, a obstrução coronariana, a morte encefálica tem sido também beneficiada assim como o campo da pesquisa utilizando células tronco resultando em aprimoramento de técnicas e aumento da sobrevivência de indivíduos transplantados. Do mesmo modo permitiu compreender o processo de rejeição e de doenças autoimunes. O transplante é uma terapêutica mais barata que a diálise e os custos da cirurgia e cuidados pós-operatórios são menores do que o da diálise permanente sem contar os gastos em mão de obra e a ocupação de um leito. Entretanto, a hemodiálise é um grande avanço da nefrologia sendo superado apenas pelo transplante. O transplante é descrito como uma cirurgia delicada e de recuperação rápida devido ao avanço da medicina no Brasil e que as complicações pós-cirúrgicas podem ser superadas. Apesar de tratar de um procedimento complexo, salva vidas e beneficia muitas pessoas. (DSC – Ideia central 2: Benefícios do transplante)

O transplante de órgãos e tecidos caracteriza-se em uma terapêutica alternativa de caráter seguro e eficaz no tratamento de várias patologias podendo proporcionar melhor qualidade e perspectiva de vida aos beneficiados pela mesma. Em virtude da evolução da imunossupressão, o

aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas e a compreensão imunológica da compatibilidade e rejeição, o transplante de órgãos e tecidos deixou de ser um tratamento experimental para se tornar extremamente seguro e eficaz nas falências terminais de alguns órgãos e tecidos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

Os custos das terapias renais substitutivas superam os gastos para realização de um transplante renal independentemente do doador ser vivo ou falecido. Os custos relacionados ao transplante renal são compensados em um período inferior a três anos, ou seja, o transplante renal pode gerar ao Sistema Único de Saúde (SUS) uma redução dos gastos em relação às hemodiálises (SILVA *et al.*, 2016).

Além da redução dos gastos do SUS com hemodiálise, o transplante renal é a opção mais eficaz dentre as terapêuticas existentes para o tratamento da insuficiência renal crônica (IRC), por permitir, a reintegração do paciente às suas atividades comuns do dia a dia, aumentando as chances desse indivíduo de obter uma melhor expectativa e qualidade de vida em relação aos pacientes submetidos às diálises (ALVARES, 2011).

Apesar de todas as vantagens dos transplantes enquanto terapêutica, o mesmo não compreende em uma cura definitiva, pois o paciente submetido ao procedimento irá necessitar de cuidados até o fim da vida, tornando necessário que o transplantado desenvolva a capacidade de identificar fatores de risco e sinais e sintomas relacionados às complicações mais comuns a que está exposto, dentre as principais destaca-se as infecções e a rejeição ao enxerto (LUCENA, 2013).

Para Franco (2015) o transplante renal além de ser considerado o mais popular dentre as modalidades de transplante também é apontado como o mais vantajoso para o receptor, pois possibilita a escolha do melhor momento clínico para a realização do procedimento, resultando em menor tempo de isquemia, tempo de hemodiálise reduzido e tempo reduzido na fila de espera, órgãos com melhor qualidade e adequado preparo pré-operatório. Em contrapartida o fígado, apesar de ser o único órgão com capacidade de regenerar-se, possui um procedimento cirúrgico mais complexo e ariscado ao doador, apesar de todas as vantagens pertinentes a essa modalidade de

cirurgia. Geralmente os doadores são parentes consanguíneos, o que diminui as chances de rejeição do corpo ao enxerto.

### **IC: Questões Éticas no Processo de Doação e Transplante**

A morte de dezenas de milhares de pessoas todos os anos que poderiam ser salvas através de um transplante é um problema grave no país. No Brasil a legislação determina que a decisão da doação dos órgãos cabe somente aos familiares. Cerca de 80% dos doadores de rim são doadores vivos. Nos últimos anos a doação entre não parentes aumentou 60% no país. A autorização para realização da doação de órgãos na maioria dos países cabe ao doador ou a sua família. Autoridades brasileiras afirmam que todo o processo de identificação do doador, captação e transplante, é realizado por equipes diferentes dificultando assim o tráfico de órgãos. No Brasil o comércio de órgãos é considerado ilegal, mas a legalização da venda de órgãos é apontada como solução para o tráfico de órgãos. Na legislação de países como a Bélgica e a Holanda, o Estado tem direito aos órgãos após o óbito. Foi constatado que a maioria dos doadores cadastrados em Bancos de Órgãos brasileiros não efetiva a doação fato que incentiva a criação do selo do doador no Brasil despertando discussões a respeito da doação de órgãos. O Selo do doador foi apontado nessa época como solução para a escassez de órgãos no país. O estado do Rio Grande do Sul propõe que após a aprovação do selo o portador do selo terá prioridade no atendimento em hospitais públicos do Estado. (DSC – Ideia central 3: Questões éticas no processo de doação e transplante)

A discussão do tema doação de órgãos e transplante desperta interesse e polêmica na sociedade. Contudo, o déficit de conhecimento quanto ao assunto, somado ao sensacionalismo dos meios de comunicação a respeito do tráfico de órgãos, assim como a falta de campanhas e programas contínuos com o intuito de incentivar e conscientizar a população quanto a doação de órgãos e sua importância, favorecem a formação de conceitos equivocados e a criação de mitos e medos que dificultam a aceitação da doação pelos familiares (FREIRE *et al.*, 2015).

Para Arcanjo (2013) os aspectos socioculturais e demográficos são os principais fatores que influenciam a família na decisão de optar pela doação e do potencial doador em expressar o desejo de doar seus órgãos em vida. Sendo assim, a autorização da doação está correlacionada com a compreensão que a sociedade tem sobre a ME e suas consequências e todo o processo de doação de órgãos e tecidos.

Com a realização dos primeiros transplantes no Brasil, surgiu a necessidade de uma legislação que regulamentasse a prática no país, sendo



assim, em 1963 com a promulgação da Lei nº 4.280 houve a primeira regulamentação quanto a doação e transplante de órgãos e tecidos (BRASIL, 1963). Entretanto não existia uma objeção explícita na lei que fizesse referência a doação com caráter não gratuito. Tal omissão deu margem para diferentes interpretações, dentre elas a de que a comercialização de órgãos era permitida. Após tantas controvérsias a Lei n. 4.280/1963 foi revogada e substituída pela Lei 5.479 de 1968 que determina a gratuidade da doação de órgãos e tecidos (MAYNARD *et al*, 2015).

De acordo com a Lei 9.434/97, quando for comprovada a compra e venda de tecidos, ou outras partes do corpo humano, prevê-se como punição a pena de reclusão pelo período de três a oito anos; a lei também determina que aqueles que realizam transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, também respondem pelo crime desde que o mesmo tenha ciência de que os órgãos/tecidos foram adquiridos em desacordo com o disposto nesta lei (BRASIL, 1997).

### **IC: Condições para Realização de Transplantes**

A manifestação em vida do desejo de ser doador para a família é o principal fator que contribui para a autorização da família. A doação de órgãos pode ser feita em vida, mas limita-se aos seguintes órgãos: rim, parte do fígado, parte do pulmão e medula. Nos casos de óbito e morte encefálica podem ser doados: rins, córnea, coração, fígado, pulmão, veias, artérias, baço, intestino, pâncreas e pele. Entretanto a captação de órgão para doação só pode ser feita com autorização da família do doador. A córnea pode ser retirada até seis horas depois do óbito e o transplante pode ser feito até 36 horas após, sem perdas na funcionalidade do órgão. A captação de rim deve ser feita no máximo 30 minutos após a parada cardíaca. De modo geral o prazo para retirada de órgãos é de 24 horas depois de constatado a morte encefálica. (DSC 1 – Ideia central 4: Condições para Realização de Transplantes)

De acordo com dados da ABTO, no ano de 2013, 47% das famílias brasileiras, se recusaram a doar órgãos de parentes com ME, um dos motivos para esse índice é o desconhecimento da irreversibilidade da ME. Ainda de acordo com esses dados, a falta de estrutura é descartada como fator responsável pelos números insuficientes de doações, confirmando que a negativa familiar é o principal motivo para que um órgão não seja doado no

Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2014).

A necessidade de um diálogo apropriado e persuasivo que enfatize a importância da doação é de extrema relevância para redução dos números de recusa familiar a doação, assim como a manifestação em vida do desejo de ser doador para a família (DE SOUZA MARQUES; BARBOSA, 2012). A principal justificativa apontada pelas famílias para a recusa é o fato de nunca terem conversado sobre o desejo de doar (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2014).

O transplante realizado com doador vivo consiste em um procedimento que favorece a redução do tempo na fila de espera, contribuindo para o aumento da sobrevivência do receptor do órgão doado além de favorecer a qualidade de vida do mesmo (OROY, 2013). Apesar dos benefícios, o processo do transplante com doador vivo é complexo, por tratar-se de um procedimento, que envolve aspectos éticos, avaliações específicas do receptor e do doador. Esses fatores em conjunto podem afetar o sistema familiar que já se encontra fragilizado diante da possibilidade da retirada de um órgão de um parente saudável (LANSOM, 2014).

Segundo Pestana *et al* (2013) quando se trata de um doador com diagnóstico de ME confirmado um profissional de saúde da CNCDO é o responsável por realizar a entrevista sobre doação de órgãos com a família. Se a família for a favor da doação, deverá assinar um termo autorizando a doação, onde o mesmo é assinado pelo responsável e duas testemunhas, durante esse processo a família opta por quais órgãos doar.

A abordagem à família é apontada como momento crucial para aceitação da doação. O acompanhamento à família deve ser realizado desde a entrada do paciente no hospital pelos enfermeiros que devem detectar a necessidade do atendimento psicológico profissional, assim como oferecer suporte emocional também. A integração entre os profissionais da saúde e os psicólogos é um fator fundamental para o sucesso na captação de órgãos. A entrevista familiar com abordagem humanizada possibilita aceitação da família em 50% dos casos. (DSC 2 – Ideia central 4: Condições para Realização de Transplantes)

De acordo com Silva *et al* (2016), desde o primeiro contato da família com o ambiente da UTI se faz necessário um maior suporte da equipe a essa família buscando ajudar e orientar, pois as informações sobre o quadro

clínico do paciente e sua gravidade podem acarretar alterações físicas, emocionais e cognitivas na família. Neste contexto, a equipe precisa compreender que cada família é única e possui suas singularidades para que a abordagem a mesma seja realizada da melhor forma possível.

A tomada de decisão para doação de órgãos na família compreende um processo que envolve diversos conflitos internos que podem envolver até mesmo questões éticas, morais, religiosas, crenças, diante da perda aguda, gerando dor e inconformismo (FERREIRA, 2013). Sendo assim, a manifestação do desejo de doar ou não seu órgão em vida contribui na tomada de decisão da família que já se encontra fragilizada pela dor da perda e que muitas das vezes sentem-se incapazes de tomar tal decisão (PESSOA *et al.*, 2013).

Contudo é necessária uma mudança no contexto e realidade do atendimento às famílias nas instituições de saúde durante esse processo, tornando o atendimento mais humanizado focado na dor da perda, no cuidado humano e não apenas no tecnicismo que, muitas vezes, faz com que o profissional não demonstre compaixão e até mesmo o impedindo de estabelecer uma relação de ajuda a essas pessoas (SILVA, 2016).

### **IC: Questões que permeiam o processo da Morte Encefálica**

A morte encefálica ocorre quando há comprometimento da função cerebral e é definida como um quadro irreversível que ocorre com a parada das atividades cerebrais. A dosagem exagerada de drogas não simula uma morte encefálica, pois no coma ocasionado por drogas não ocorre a interrupção da atividade cerebral. A confirmação da morte encefálica é realizada por meio de um rígido protocolo, envolvendo avaliação médica e uma série de exames. Com a confirmação da morte encefálica não existe margem para dúvidas. A equipe do hospital responsável pela captação de órgãos é a responsável por explicar à família que a morte encefálica já é a morte. Nos EUA foram estabelecidos os seguintes critérios para o diagnóstico de morte encefálica: pelo menos 6 horas em estado de coma, sem uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central; ausência de hipotermia; exames complementares confirmando ausência de atividade cerebral ou de fluxo sanguíneo. Profissionais são os responsáveis por esclarecer a família que a morte encefálica é irreversível e sobre os testes neurológicos e clínicos que atestam a morte. Após constatado a morte encefálica a falência múltipla dos órgãos acontece em uma questão de horas. Atendimento inadequado em prontos socorros ao paciente com ME contribui para a inviabilidade dos órgãos. (DSC – Ideia central 5: Questões que permeiam o processo da Morte Encefálica)

A morte encefálica é definida de acordo com Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.480 de 1997 como uma interrupção total e irreversível das funções encefálicas, tornando impossível a manutenção da vida sem o auxílio de máquinas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Os avanços científicos na área dos transplantes de órgãos e tecidos estão diretamente relacionados ao desenvolvimento do conceito de ME. Antes da “era dos transplantes”, não existia interesse no meio científico em estudar tal temática devido às inúmeras críticas de caráter técnico e até mesmo ético, em virtude da discordância ou falta de confiança no novo conceito de morte encefálica que ganhou força no meio científico substituindo o termo morte clínica. Atualmente inúmeros países utilizam o termo morte encefálica, entretanto não existe uma uniformidade quanto ao protocolo de ME, havendo uma variação de país para país (JERÔNIMO, 2014).

A investigação do diagnóstico de ME tem início quando o paciente não responde a estímulos, e o coma tem causa conhecida, sendo assim, depois de descartados hipotermia, hipotensão ou distúrbio metabólico grave, e intoxicação exógena ou efeito adverso de medicações psicotrópicas como possíveis causas, inicia-se o protocolo de ME (JERÔNIMO, 2014).

A falta de empatia e compreensão acerca da dor da família e de sensibilidade na identificação das fases do luto pelo profissional responsável pela realização da entrevista com a família do potencial doador, torna inoportuno o contato desses profissionais para o questionamento quanto a possibilidade de “doação de órgãos”. Portanto o esclarecimento sobre doação, constitui-se uma etapa delicada que exige preparo emocional do profissional, visto que cada membro, dentro do sistema familiar, recebe a notícia de forma diferente. Sendo assim o tema doação só deve ser discutido após a equipe perceber que a família tem condições emocionais de receber essas informações (FREIRE *et al.*, 2015)

## 6. CONCLUSÃO

O transplante de órgãos e tecidos configura-se em muitos casos na única alternativa no tratamento de doenças crônicas e incapacitantes, configurando-se em uma terapêutica que ao longo dos anos influenciou diversas áreas de conhecimento. Tal terapêutica tem como principal objetivo proporcionar a reabilitação e o aumento da expectativa de vida de pacientes portadores de insuficiências terminais.

O transplante de órgãos coloca em evidência uma série de questões, porque revela as inúmeras faces de um procedimento cuja trajetória está permeada de indefinições que atingem valores sociais. Nesse sentido, é de extrema importância a garantia de que os benefícios dessa nova terapêutica se estendam a todos aqueles que dela necessitam, sem ferir os valores morais e éticos, respeitando os princípios fundamentais que regem o exercício profissional dos trabalhadores da saúde.

Diante disso o transplante de órgãos e tecidos coloca os profissionais da saúde na realidade em que o receptor/doador e sua família encontram-se inseridos, possibilitando ao profissional interagir e interferir diretamente no processo de doação, respeitando sempre as questões que permeiam a ética profissional e o respeito a intimidade, privacidade e necessidades específicas da família e de seus membros.

Sendo assim, é de extrema importância a compreensão dos transplantes de órgãos a partir dos olhares de jornalistas que de forma direta ou indireta influenciam na formação da opinião pública por meio de suas publicações, visto que os jornais e revistas são ferramentas destinadas a popularização de informações. As notícias têm como objetivo a propagação das informações, por meio de narrativas claras, que proporcionem um fácil entendimento para seus leitores, ou seja, uma linguagem mais assimilável para retratar os fatos, neste caso, as que tratam da doação de órgãos e conseqüentemente dos transplantes, tornando-se do interesse da população em geral.

Diante da exposição dos dilemas éticos que emergem da aplicabilidade dos avanços científicos no campo da saúde, é imprescindível que sejam divulgados os recursos terapêuticos disponíveis, seus riscos, custos, benefícios e implicações decorrentes de sua aplicabilidade em linguagem acessível e adaptada ao leigo. E principalmente de forma imparcial possibilitando que o leitor seja capaz de formar sua própria opinião quanto ao assunto abordado.

Sendo assim, o processo de trabalho desta pesquisa possibilitou a compreensão do quanto o transplante de órgãos e tecidos é um campo rico para a pesquisa científica sendo de extrema importância a percepção de seu significado e importância enquanto terapêutica que pode salvar vidas.

O estudo nos possibilitou identificar a evolução e fragilidades que permeiam o transplante de órgãos e tecidos, e também potencialidades no que diz respeito ao seu crescimento no decorrer dos anos. Sendo imprescindível para o desenvolvimento de tais potencialidades, valorizar o processo de comunicação durante a entrevista familiar, superar tabus e dilemas éticos.

## REFERÊNCIAS

- ABTO. Associação brasileira de transplante de órgãos et al. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. São Paulo, 2009.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes, janeiro a dezembro de 2014**. São Paulo, 2014
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes, janeiro a junho de 2015**. São Paulo, 2015.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Relatório Brasileiro de Transplantes**, ano 22, n. 2, 2016.
- ALMEIDA, E. C. **Doação de órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira**. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo, 2012.
- ALVARES, J. **Avaliação da qualidade de vida e análise de custo utilidade das Terapias Renais Substitutivas no Brasil**. [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
- ARCANJO, R. A.; OLIVEIRA, L. C.; SILVA, D. D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev. Bioética**, 2013; 21(1):119-25
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde soc.** São Paulo, 2013; 22(1): p.109-123
- BRASIL. Lei 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 pra fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 23 de março de 2001.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 4.280, de 6 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1963. Seção 1 - 11/11/1963, Página 9482.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 2.268 de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins terapêuticos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1997. p. 13739.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei no 5.479 de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. **Diário Oficial da**

**República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 ago. 1968. Seção 1, p. 7505.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei no 8.489 de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1992.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei no 9.434 de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe da remoção de órgãos, tecidos e parte do corpo humano para fins transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1997.

CATÃO, M. O. **Biodireito: transplantes de órgãos humanos e direitos de personalidade**. WVC Editora, 2004.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1.480/97**, de 08 de agosto de 1997. Estabelece os critérios para caracterização de morte encefálica. Brasília; 1997. Disponível em:  
<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm)>  
Acesso em: 01 de dezembro de 2016.

FERREIRA, P. D., MENDES, T. N. Família em uti: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. **Rev SBPH**. 2013;16(1):88-112.

FIGUEIREDO, M. Z.A.; CHIARI, B. M.; DE GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, 2013;25(1): p.129-136

FRANCO, T. N. R. **Análise bioética do processo de autorização de doação intervivos não relacionados no Brasil**. [Tese doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília Brasília-DF, 2015.

FREIRE, I. L. S.; DANTAS, B. A. S.; GOMES, A. T. L., et al. Aspectos éticos e legais da doação de órgãos: visão dos estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015; 5(2):1594-1603.

FREIRE, I. L. S.; FREIRE, I. S.; MENDONÇA, A. E. O., et al. Processo de doação de órgãos para transplante: análise comparativa entre legislações. **Rev. Enferm. UFPE**, 2012;5(6):1211-7

JERÔNIMO, J. J. **A Morte Encefálica e os Transplantes de Órgãos Humanos: uma abordagem ético-jurídico**. [Monografia]. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

LANSOM, J.D.; ROWE S.; SANDROUSSI C.; HARRISON J. D.; SOLOMON M., MCCAUGHAN G.; CRAWFORD M. Factors influencing donor and recipient decision making in adult-to-adult living donor liver transplantation: a



survey of a non-transplant population. **ANZ Journal Surgery**. 2014; Sep 11. doi: 10.1111/ans.12839.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE A. M. C.; Marques, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2009; 14(4):1193-204.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de Representação Social**. Brasília: Liberlivro; 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2014;23(2):502-507.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; CAVALCANTI, C. C. T. J. A educação democrática e sua aplicação ao campo da saúde. **Saúde e Sociedade**, 2015; 24(suppl. 1):176-183

LEITE, R. C. C. **Transplantes de órgãos e tecidos e direitos da personalidade**. Editora Juarez de Oliveira, 2000.

LIMA, H. R. F. O. **Das fronteiras institucionais à mobilização social: intervenções no processo de doação e transplante de órgãos entre tecidos**. [Dissertação Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

LOPES, S. T.; SILVA, V. S. **Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT** / coordenação Luciana Carvalho Moura, Vanessa Silva e Silva. -Barueri, SP: Minha Editora, p.5-9. 2014.

LUCENA, A. de F; ECHER, I. C.; ASSIS, M. C. S.; et al. Complicações infecciosas no transplante renal e suas implicações às intervenções de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE online**, 2013;7(esp):953-959

MAYNARD, L. O. D.; LIMA, I. M. S.O.; LIMA, Y. O. R.; et al. Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no brasil. **Rev de Direito Sanitário**, 2016;16(3):122-144

MENDES, K. D. S.; ROZA, B. A.; BARBOSA, S. de F. F.; et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Rev Texto Contexto Enferm**, 2012; 21(4):945-953

MOACIR, R.; JÚNIOR, S.; ARAKI, F. O que envolve a retirada de múltiplos órgãos. **Rev Assoc Med Bras**, 2002; 48(2):156-62

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, H. H. C. Uma reflexão sobre a política nacional de transplantes de órgãos e tecidos: A experiência do estado do Amazonas. In: **Congresso internacional interdisciplinar em sociais e humanidades**,

2012, Niterói RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, Anais eletrônicos: ISSN 2316-266X, Rio de Janeiro 2012.

OROY, A.; STROMSKAG, K. E., GJENGEDAL E. Approaching families on the subject of organ donation: A phenomenological study of the experience of healthcare professionals. **Intensive Crit Care Nurs**. 2013; 29(4):202-11.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Transplantes. **Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos**. – Curitiba: SESA/SGS/CET, 2016. 52 p.

PEGO-FERNANDES, M. P.; GARCIA, V. D. Estado atual do transplante no Brasil. **Medical Journal**, 128(1) de 6 de janeiro de 2010.

PEREIRA, Walter A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 4<sup>a</sup> ed. Coopmed. 2012.

PESSOA, J. L. E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B. de A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Rev Acta Paul Enferm**, 2013; v. 26, n. 4, p. 323-330, 201.

PESTANA, A. L.; SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, R. H.; et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Rev Escola Enferm USP**, 2013; 47(1):258-64

PESTANA, J. O. M.; GARCIA, v. D.; FELIPE, C. R.; ABBUD-FILHO, M.; GALANTE, N. Z.; ALMEIDA, E. R. B. de; SABBAGA, E. O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. **Jornal Brasileiro de Medicina**; v.100, nº 2, p.7-15, maio-jun. 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Artmed Editora, 2009.

ROSARIO, E. N.; PINHO, L. G.; OSELAME, G. B.; et al. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. **Cad. Saúde Coletiva**, 2013; 21 (3): 260-6.

SANTANA, M. A.; CLÊNIA, C. D.; ESPÍNDULA, B. M. Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos. **Rev Elet Enferm do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, 2010; (1):1-15

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; MORAES, E. L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Acta Paul Enferm**, 2012; 25(5):788-794

SANTOS, M. J.; MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2012; 36(1): 34-40.

SILVA, S. B.; CAULLIRAUX, H. M.; ARAÚJO, C. A. S.; et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2016;32(6):1-13.

DA SILVA KNIHS, N.; LEITZKE, T.; ROZA, B. A.; et al. Compreensão da vivência da família frente à hospitalização, morte encefálica e entrevista para doação de órgãos/Understanding the experience of family facing hospitalization, brain death, and donation interview. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2016;14(4):1520-1527

SOUZA MARQUES, F.; BARBOSA, M. D.P.; RIBEIRO, I. M. DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: motivos de não autorização. **Cadernos de Pesquisa**, 2013;20(3):93-100.

VIEIRA, J. F. Transplantes de órgãos e tecidos, história, evolução e aspectos jurídicos. **CESUT EM REVISTA**, Jataí-GO; CESUT – Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais, v.1, nº 20, p.136-161, jan/jun., 2015.