RESCX Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

# NEGATIVA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DE POTENCIAIS DOADORES EM MORTE ENCEFÁLICA

# FAMILY REFUSAL OF ORGAN DONATION FROM POTENTIAL DONORS IN BRAIN DEATH

André de Gois Rocha, Mídian Victor de Medeiros Rocha, Raimundo Luiz da Silveira Neto, Gabriel de Gois Rocha, Ivna Mara Oliveira Fernandes da Silveira, Maria Luisa Pereira De Melo, Thiago Santos Garces, Thiago Martins de Sousa e Virna Ribeiro Feitosa Cestari

**RESUMO**
Objetivou-se descrever as causas da recusa familiar à doação de órgãos e tecidos para transplante. Tratou-se de estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em hospital terciário, a partir de banco de dados da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Incluiu-se todas as notificações de potenciais doadores em morte encefálica entre 2019 e 2024, com exclusão daquelas com dados incompletos. Foram analisados 146 potenciais doadores identificados entre 2019 e 2024, com predomínio do sexo masculino e faixa etária de 40 a 60 anos, tendo como principais causas de morte encefálica acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico, encefalopatia hipóxica e AVE isquêmico. A entrevista familiar ocorreu em 45,2% dos casos, com autorização para doação em 22,6%, resultando na captação de 60 órgãos e tecidos, principalmente rins e fígados. A negativa familiar e a impossibilidade de concluir o diagnóstico foram os principais motivos para a não efetivação, enquanto conflitos familiares, tempo prolongado do processo e ausência de manifestação prévia do doador destacaram-se entre as causas de recusa, evidenciando barreiras assistenciais, comunicacionais e socioculturais no processo de doação. Por fim, os resultados demonstram que persistem barreiras estruturais, comunicacionais e socioculturais, que reduzem as taxas de doação efetiva.
**Palavras-chave:** Obtenção de ógãos e tecidos. Família. Morte encefálica.

**ABSTRACT**
The objective was to describe the causes of family refusal of organ and tissue donation for transplantation. This was an exploratory and descriptive study with a quantitative approach, conducted in a tertiary hospital using the database of the Intra-Hospital Commission for Organ and Tissue Donation for Transplantation. All notifications of potential brain-dead donors between 2019 and 2024 were included, excluding those with incomplete data. A total of 146 potential donors identified between 2019 and 2024 were analyzed, with a predominance of males and an age group between 40 and 60 years. The main causes of brain death were hemorrhagic stroke, hypoxic encephalopathy, and ischemic stroke. Family interviews occurred in 45.2% of cases, with authorization for donation in 22.6%, resulting in the procurement of 60 organs and tissues, mainly kidneys and livers. Family refusal and the impossibility of completing the diagnosis were the main reasons for non-procurement, while family conflicts, prolonged process duration, and absence of prior donor manifestation stood out among the causes of refusal, highlighting care-related, communicational, and sociocultural barriers in the donation process. Finally, the results demonstrate that structural, communicational, and sociocultural barriers persist, reducing effective donation rates.
**Keywords:** Organ and tissue procurement. Family. Brain death.

Data de recebimento: 09/04/2026.
Aceito para publicação: 25/08/2026.

## 1 INTRODUÇÃO

A morte encefálica (ME) caracteriza-se pela perda total e irreversível das funções do encéfalo, sendo reconhecida, do ponto de vista médico e legal, como condição equivalente ao óbito (CFM, 2017). Mesmo com os avanços nos aspectos conceituais e normativos, a compreensão da sociedade sobre a ME ainda permanece restrita (Santos *et al*., 2023). No Brasil, apenas 32% dos 12.457 potenciais doadores com protocolo de ME tiveram a doação autorizada, destacando-se a recusa familiar como o principal fator relacionado a esse resultado (ABTO, 2023).

Nesse contexto, a atuação da equipe multidisciplinar, fundamentada na comunicação interdisciplinar, na abordagem empática aos familiares e na formação ética e

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

humanizada, constitui elemento essencial tanto para o cuidado ao paciente crítico quanto para a concretização da doação. Esse processo abrange desde o período de internação até a captação dos órgãos, exigindo dos profissionais conhecimento técnico, ético e humano acerca da assistência em terapia intensiva (Oliveira *et al*., 2025).

A efetivação da doação está diretamente associada ao grau de entendimento da família sobre o diagnóstico de ME e à qualidade do diálogo estabelecido com a equipe de saúde (Fonseca *et al*., 2022). Contudo, em razão das barreiras educativas e relacionais ainda presentes, verifica-se o agravamento do sofrimento dos familiares, a manutenção de mitos relacionados à ME e à doação de órgãos e tecidos, bem como entraves para uma tomada de decisão consciente e esclarecida (Melo *et al*., 2021).

Diante desse cenário, torna-se fundamental reconhecer os motivos que levam à recusa familiar, uma vez que isso possibilita à equipe multidisciplinar planejar e executar intervenções de forma ética, humanizada e empática, favorecendo a efetivação da doação. Assim, este estudo teve como objetivo descrever as causas da recusa familiar à doação de órgãos e tecidos para transplante.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em 2025 no Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), localizado em Quixeramobim, Ceará, Brasil. Os dados foram obtidos por meio do banco de dados da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) da referida instituição, que dispõe de informações referentes aos pacientes notificados entre janeiro de 2019 e dezembro de 2024 como potenciais doadores de órgãos e em protocolo de morte encefálica.

Como critérios de elegibilidade, foram incluídos todos os pacientes notificados como potenciais doadores e em protocolo de morte encefálica no período de 01/01/2019 a 31/12/2024. Excluiu-se aqueles com dados incompletos.

Consideraram-se as variáveis sexo, idade, município de origem do paciente, fatores de risco presentes, causa da não doação de órgãos, causa da morte encefálica, tempo de conclusão do protocolo de morte encefálica, causa para protocolo de morte encefálica não concluído ou concluído após 72 horas, causa de negatividade familiar para doação e o tempo de conclusão do protocolo de morte encefálica, notificação de casos suspeitos de morte encefálica e órgãos captados. Adotou-se estatística descritiva como técnica para análise de dados. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel®, sendo representados por frequência (f) e porcentagem (%).

O estudo respeitou a Resolução CNS nº 466/2012 e a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), assim como os princípios da não maleficência, beneficência, justiça e autonomia, com aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer n° 7.906.481. O risco foi mínimo, relacionado ao potencial de vazamento dos dados. Para minimizá-los, o acesso banco deu-se exclusivamente nas dependências da instituição, sob supervisão da CIHDOTT, sendo vedado o compartilhamento das informações com terceiros.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensado, pois foram utilizados dados agregados nos quais não é possível identificar os participantes, mas o pesquisador assinou o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), responsabilizando-se pela guarda, sigilo e uso exclusivo das informações para fins acadêmicos e científicos, bem como pelo cumprimento das exigências do sistema CEP/CONEP.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

## 3 RESULTADOS

Foram incluídos 146 participantes, com identificação de potenciais doadores de órgãos e tecidos (PDO) entre 2019 e 2024, com maior número no ano de 2022 (35; 23,9%) e do sexo masculino (82; 56,1%). Os indivíduos tinham majoritariamente entre 40 e 60 anos (58; 39,7%) e até 1 fator de risco (42; 28,7%) (Tabela 1).

**Tabela 1 -** Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes (n=146)

| **Variável** | ***f*** | **%** |
|---|---|---|
| Ano | | |
| 2019 | 19 | 13,0 |
| 2020 | 22 | 15,0 |
| 2021 | 24 | 16,4 |
| 2022 | 35 | 23,9 |
| 2023 | 23 | 15,7 |
| 2024 | 23 | 15,7 |
| Faixa etária | | |
| 2 – 18 anos | 3 | 2,0 |
| 18 – 40 anos | 25 | 17,1 |
| 40 – 60 anos | 58 | 39,7 |
| 60 – 70 anos | 31 | 21,2 |
| > 70 anos | 29 | 19,8 |
| Sexo | | |
| Feminino | 64 | 43,8 |
| Masculino | 82 | 56,1 |
| Antecedentes | | |
| Ausência de fator de risco | 32 | 21,9 |
| Até 1 fator de risco | 42 | 28,7 |
| 1-2 fatores de risco | 32 | 21,9 |
| > 2 fatores de risco | 40 | 27,3 |

Fonte: elaboração própria.

A maioria das mortes encefálicas foram causadas por AVC hemorrágico (43; 29,4%), AVC isquêmico (27; 18,4%) e encefalopatia hipóxica pós PCR (30; 20,5%). O exame complementar foi repetido em 24 participantes (16,4%) e o tempo de conclusão do protocolo ocorreu predominantemente entre 24 e 72 horas (44; 30,1%), sendo exame complementar não compatível com ME (28; 19,1%) como causa para tempo de conclusão > 72 horas. Poucos estavam em uso de droga vasoativa (18; 12,3%) e de ATB (18; 12,3%), foco infeccioso foi identificado em 19 pacientes (13,0%), em sua maioria em região pulmonar (13; 8,9%) (Tabela 2).

**Tabela 2 -** Descrição do protocolo de morte encefálica (n=146)

| **Variável** | ***f*** | **%** |
|---|---|---|
| Causa da ME | | |
| Encefalopatia hipóxica pós PCR | 30 | 20,5 |
| AVC isquêmico | 27 | 18,4 |
| AVC hemorrágico | 43 | 29,4 |
| HSA | 22 | 15,0 |
| Edema cerebral | 9 | 6,1 |
| TCE | 7 | 4,7 |
| Meningoencefalite | 1 | 0,6 |
| Outros | 7 | 4,7 |
| Exame complementar repetido | | |
| Sim | 24 | 16,4 |

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

| | | |
|---|---|---|
| Não | 84 | 57,5 |
| Não se aplica | 4 | 2,7 |
| N/R | 34 | 23,2 |
| Tempo de conclusão do protocolo | | |
| < 24 horas | 12 | 8,2 |
| 24 – 72 horas | 44 | 30,1 |
| > 72 horas | 33 | 22,6 |
| Não concluído | 57 | 30,0 |
| Causa para tempo de conclusão > 72 horas ou não concluído | | |
| Demora na realização do exame complementar | 19 | 13,0 |
| Exame complementar não compatível com ME | 28 | 19,1 |
| PCR antes de concluir protocolo | 21 | 14,3 |
| Instabilidade hemodinâmica do PDO | 10 | 6,8 |
| Exame complementar não disponível | 2 | 1,3 |
| Impossibilidade de testar reflexo calórico | 1 | 0,6 |
| Teste de apneia não conclusivo | 2 | 1,3 |
| Não se aplica | 48 | 32,8 |
| N/R | 15 | 10,2 |
| Droga vasoativa | | |
| Sim | 18 | 12,3 |
| Não | 1 | 0,6 |
| N/R | 127 | 86,9 |
| Foco infeccioso | | |
| Pulmonar | 13 | 8,9 |
| Abdominal | 1 | 0,6 |
| Urinário | 1 | 0,6 |
| Não definido | 4 | 2,7 |
| N/R | 127 | 86,9 |
| Em uso de ATB | | |
| Sim | 18 | 12,3 |
| Não | 1 | 0,6 |
| N/R | 127 | 86,9 |

*f*: frequência absoluta, %: porcentagem, N/R: não relatado, PDO: potencial doador de órgãos, PCR: parada cardiorrespiratória.
Fonte: elaboração própria.

As entrevistas foram realizadas com 66 participantes (45,2%), com 33 (22,6%) que resultaram em autorização da doação. Captou-se 60 órgãos e tecidos no total, sendo 32 rins (53,3%), 25 fígados (41,6%), 2 córneas (3,3%) e 1 coração (1,6%). As principais causas para não efetivação da doação foram negativa familiar (33; 22,6%) e impossibilidade de completar diagnóstico (25; 17,1%). O tempo de notificação geralmente transcorreu entre 24 e 72 horas (31; 21,2%), e as maiores causas para aqueles que demoraram mais que o necessário foram instabilidade hemodinâmica (9; 6,1%), tempo de observação hospitalar (9; 6,1%) e médico não capacitado (7; 4,7) (Tabela 3).

**Tabela 3 -** Caracterização do processo de doação de órgãos e tecidos (n=146)

| **Variável** | ***f*** | **%** |
|---|---|---|
| Realizada entrevista | | |
| Sim | 66 | 45,2 |
| Não | 77 | 52,7 |
| N/R | 3 | 2,0 |
| Autorizada captação | | |
| Sim | 33 | 22,6 |
| Não | 33 | 22,6 |
| Não se aplica | 77 | 52,7 |

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

| | | |
|---|---|---|
| N/R | 3 | 2,0 |
| Órgãos/tecidos captados (n=60) | | |
| Rim (unidade) | 32 | 53,3 |
| Fígado | 25 | 41,6 |
| Córneas (par) | 2 | 3,3 |
| Coração | 1 | 1,6 |
| Causa da não efetivação da doação | | |
| Negativa familiar | 33 | 22,6 |
| Infecção | 3 | 2,0 |
| Disfunção de múltiplos órgãos | 12 | 8,2 |
| Sorologia positiva | 7 | 4,7 |
| Instabilidade hemodinâmica do PDO | 9 | 6,1 |
| Impossibilidade de completar diagnóstico | 25 | 17,1 |
| PCR | 5 | 3,4 |
| Família não localizada | 2 | 1,3 |
| Contraindicação clínica (etilismo/idade avançada) | 1 | 0,6 |
| Risco biológico | 4 | 2,7 |
| Exame complementar não compatível com ME | 3 | 2,0 |
| Família favorável anteriormente, porém desistiram | 1 | 0,6 |
| Sorologia chagas reagente | 1 | 0,6 |
| PCT sem documentos | 1 | 0,6 |
| Não se aplica | 33 | 22,6 |
| N/R | 6 | 4,1 |
| Tempo para notificação | | |
| < 24 horas | 7 | 4,7 |
| 24 – 72 horas | 31 | 21,2 |
| > 72 horas | 8 | 5,4 |
| N/R | 100 | 68,4 |
| Causa da demora da abertura | | |
| Instabilidade hemodinâmica | 9 | 6,1 |
| Tempo de observação hospitalar | 9 | 6,1 |
| Médico não capacitado | 7 | 4,7 |
| Demora do exame de imagem | 2 | 1,3 |
| Imagem não compatível | 5 | 3,4 |
| Hipotermia | 1 | 0,6 |
| N/R | 113 | 77,3 |

*f*: frequência absoluta, %: porcentagem, N/R: não relatado, PDO: potencial doador de órgãos, PCR: parada cardiorrespiratória.
Fonte: elaboração própria.

As causas das 33 negativas familiar foram: 1) PDO não era doador em vida (7; 21,2%); 2) Conflito familiar (8; 24,2%); 3) Tempo longo do processo (8; 24,2%); 4) Familiares não tem interesse na doação (2; 6,0%); 5) Religião (1; 3,0%); 6) Família não aceita diagnóstico (4; 12,1%); 7) Respeito à decisão da genitora (1; 3,0%); e 8) Outros (1; 3,0%). Apenas uma causa não foi relatada. (3,0%) (Tabela 4).

**Tabela 4 -** Causas para negativa familiar (n=33)

| **Causas para negativa familiar** | ***f*** | **%** |
|---|---|---|
| PDO não era doador em vida | 7 | 21,2 |
| Conflito familiar | 8 | 24,2 |
| Tempo longo do processo | 8 | 24,2 |
| Familiares não tem interesse na doação | 2 | 6,0 |
| Religião | 1 | 3,0 |
| Família não aceita diagnóstico | 4 | 12,1 |
| Respeito à decisão da genitora | 1 | 3,0 |
| Outros | 1 | 3,0 |

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

| | | | |
|---|---|---|---|
| N/R | | 1 | 3,0 |

*f*: frequência absoluta, %: porcentagem, N/R: não relatado, PDO: potencial doador de órgãos.
Fonte: elaboração própria.

## 4 DISCUSSÃO

As causas de óbito dos potenciais doadores elencados neste estudo foram principalmente encefalopatia hipóxico-isquêmica pós-PCR e acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos e isquêmicos o que vai ao encontro dos dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), que em 2024 elencou como principais causas de óbito de doadores de órgãos no Brasil, o traumatismo cranioencefálico (TCE), AVC, tumores e hipóxia (ABTO 2024). Contudo, os dados podem não refletir o real cenário, uma vez que o hospital no qual realizou-se o estudo não dispunha de serviço de emergência no período analisado, o que pode ter subnotificado as causas por TCE.

As causas que levaram ao diagnóstico de morte encefálica refletem o panorama epidemiológico do Brasil, com predominância de traumatismo cranioencefálico entre os mais jovens e eventos cerebrovasculares nas faixas etárias mais elevadas. Estudos apontam que o envelhecimento populacional, marcado pela prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, contribui para o aumento da proporção de doadores com AVC como causa para a morte encefálica, que implica em desafios para manutenção hemodinâmica e viabilidade dos órgãos (Westphal *et al*., 2021; Okano *et al*., 2023).

Das 146 notificações de potenciais doadores analisadas, apenas 22,6% resultaram em doações efetivas, destaca-se dentre os motivos para a não efetivação da doação, a negativa familiar e a impossibilidade de completar o diagnóstico.

Ressalta-se que, apesar de o Brasil possuir um dos maiores sistemas públicos de transplantes do mundo, a recusa familiar ainda constitui um entrave significativo. Conforme o registro ABTO para 2024, de 8.915 entrevistas realizadas para doação, 4.083 (46%) resultaram em recusa. Essa evidência reforça que a negativa familiar representa um elemento primordial a ser trabalhado para melhorar a efetivação das doações (ABTO 2024).

No que concerne à negativa dos familiares, os motivos que mais se sobressaíram foram: conflito familiar, processo demorado e ausência de manifestação prévia de vontade do potencial doador.

Dias *et al*. (2025) ratificam que o desconhecimento da vontade do doador, influências religiosas, ausência de preparo da equipe de saúde e dilemas éticos e morais quanto ao processo de doação constituem barreiras importantes para a doação.

Segundo Roza *et al*. (2024) os familiares negam a doação de órgãos por diversos motivos, dentre os quais falta de conhecimento sobre o processo de doação; crenças religiosas; medo de mutilação ou perda da integridade do corpo; conflitos com profissionais de saúde durante a internação ou desconfiança em relação aos profissionais envolvidos no processo de doação e vontade do potencial doador manifestada em vida de forma verbal ou por escrito.

O fator desconfiança do sistema de transplante e das equipes assistenciais se mostra como um aspecto limitador importante no processo de doação. Galante, Göttems e Goto (2025) referem que não existindo uma relação de confiança, os familiares tendem a manter-se em estado de alerta buscando o controle sobre a situação, se modo que os familiares recusam a doação por não perceberam, nem na instituição e no sistema de transplantes, nem nos agentes profissionais, tampouco nos agentes políticos, as dimensões de integridade, competência, consistência e de lealdade necessárias para fundamentar a confiança e consequentemente, proceder a doação.

O tempo de notificação prolongado também se mostrou como um fator que dificulta o processo de doação. Os atrasos no processo aumentam o risco de recusa familiar e

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

comprometem a viabilidade da doação, a eficiência hospitalar e o fluxo de diagnóstico parecem influenciar as taxas de conversão de potenciais doadores em doadores efetivos.

Galante, Göttems e Goto (2025) também referem que o prolongamento do processo de doação pode resultar em negativa por parte da família, uma vez que já encontram-se fragilizados e que muitas vezes não querem postergar o sofrimento, o que denota a necessidade de maior celeridade no processo.

A comunicação interpessoal entre equipe de saúde e familiares contribui para a tomada de decisão favorável à doação. Abordagens baseadas em comunicação empática, escuta ativa, clareza conceitual sobre morte encefálica e alinhamento progressivo das informações ao longo da internação demonstram associação significativa com maiores taxas de autorização familiar. Modelos estruturados de entrevista familiar, quando conduzidos por profissionais treinados, reduzem conflitos, minimizam desconfianças e promovem maior compreensão do processo decisório em contextos de luto agudo (Siminoff *et al*., 2024; Ralph *et al*., 2014).

A percepção de demora amplifica o desgaste emocional da família, compromete a confiança na equipe assistencial e favorece a desistência da autorização. Fluxos hospitalares mais eficientes, protocolos padronizados e comunicação clara demonstram impacto positivo nas taxas de autorização

Observou-se que o conflito familiar emergiu como causa de recusa evidenciando como as dinâmicas relacionais no momento da abordagem familiar se tornam centrais no processo decisório. As discordâncias entre membros familiares, ausência de consenso e divergências culturais ou de valores aumentam a probabilidade de recusa, cabe a equipe multiprofissional buscar mitigar esse impacto por meio de acolhimento e mediação adequada.

A equipe multiprofissional, com destaque para a enfermagem, desempenha papel estratégico por permanecer em contato contínuo com os familiares ao longo da hospitalização. Enfermeiros capacitados em doação e transplante de órgãos são mediadores qualificados, a partir do esclarecimento de dúvidas, acolhimento emocional e identificação precoce de conflitos familiares, criando um ambiente favorável a doação. A atuação integrada de enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais é determinante da humanização do processo de doação de órgãos e fortalece a confiança institucional (Moraes *et al*., 2014; Flores *et al*., 2023).

Fontenele *et al*. (2023) enfatiza que a tendência dos familiares consentirem a doação é maior quando bem orientados sobre a morte encefálica e sobre a finalidade humanística da doação e corrobora que os principais fatores para a negação da família se referem a falta de conhecimento sobre a doação de órgãos, o medo da mutilação do corpo por não saber como é realizado o procedimento de retirada de órgãos e tecidos, a burocracia com a demora na liberação do corpo para sepultamento e a discordância entre os familiares.

Outro conjunto relevante de causas de negativa foi o fato de o potencial doador não ter manifestado sua vontade em vida e a não aceitação por parte da família do diagnóstico de morte encefálica o que indicam que a ausência de diálogo prévio sobre doação no âmbito familiar gera insegurança, e que a compreensão inadequada da morte encefálica, frequentemente baseada em crenças de reversibilidade ou manutenção de sinais vitais, constitui barreira robusta à autorização.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo descreveu as causas da recusa familiar à doação de órgãos e tecidos para transplante, destacando a ausência de manifestação prévia do potencial doador, o tempo prolongado do processo, conflitos familiares, influência religiosa e a negação do diagnóstico de morte encefálica. Esses achados evidenciam barreiras estruturais, comunicacionais e

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

socioculturais que comprometem a doação efetiva, com destaque para a dificuldade de compreensão da morte encefálica e a morosidade nas etapas de notificação e abordagem.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS (ABTO). **Registro Brasileiro de Transplantes**: dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2023). São Paulo: ABTO, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. **Define os critérios de diagnóstico de morte encefálica**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

DIAS, J. M.; MAGRI, M. D. F.; SILVA, C. de P.; MORCELI, G.; BAQUIÃO, L. S. M.; NÓBREGA, M. S. Family refusal for organ donation from a bioethical perspective: integrative review / Negativa familiar para doação de órgãos sob a perspectiva da bioética: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 17, e-13607, 2025. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/13607. Acesso em: 14 nov. 2025.

FLORES, C. M. L. *et al*. Assistência ao potencial doador de órgãos em morte encefálica em pronto-socorro adulto: perspectiva convergente-assistencial. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 32, n. 2, 2023.

FONSECA, V. M.; AMORIM, A. K.; BARBOSA, M. H. Comunicação com familiares no contexto de morte encefálica e doação de órgãos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, e20210345, 2022.

FONTENELE, R. M.; COSTA, N. R.; MORAES, L. M. N.; SILVEIRA, W. J. A.; ALMEIDA, H. F. R. Doar ou não doar: significados da negação familiar para a doação de órgãos e tecidos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 12, e3613, 2023. DOI: 10.26694/reufpi.v12i1.3613.

GALANTE, A.; GÖTTEMS, L. B. D.; GOTO, T. A. Análise fenomenológica de vivências psicológicas que motivaram a não doação de órgãos no Brasil. Brazilian Journal of Transplantation, v. 28, e3225, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.53855/bjt.v28i1.681_PORT.

MELO, D. C.; ALMEIDA, R. M. C.; SOUZA, S. L. Barreiras e facilitadores para a decisão familiar na doação de órgãos: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20210247, 2021.

MORAES, E. L. *et al*. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 226–233, 2014.

OKANO, C. S. *et al*. ANALYSIS of the national transplant scenario in Brazil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 9, e3112943188, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i9.43188. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/43188. Acesso em: 23 dez. 2025.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0032

OLIVEIRA, A. L. B. *et al*. Protocolo de morte encefálica e captação de órgãos – acompanhamento por equipe de residência multiprofissional em paciente crítico. **rLAS**, v. 7, n. 2, 2025.

RALPH, A.; CHAPMAN, J. R.; GILLIS, J. *et al*. Family perspectives on deceased organ donation: thematic synthesis of qualitative studies. **American Journal of Transplantation**, v. 14, n. 4, p. 923–935, abr. 2014. DOI: 10.1111/ajt.12660.

ROZA, B. A.; SCHUANTES-PAIM, S. M.; OLIVEIRA, P. C.; MALOSTI, R. D.; KNHIS, N. S.; MENJIVAR, A. *et al*. Reasons for organ and tissue donation refusal and opposition: a scoping review. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 48, e115, 2024. DOI: 10.26633/RPSP.2024.115.

SANTOS, M. A. B.; LIMA, C. S.; OLIVEIRA, A. G. Conhecimento da população e recusa familiar à doação de órgãos: um desafio permanente. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 26, n. 4, p. 1250–1260, 2023.

SIMINOFF, L. A.; ALOLOD, G. P.; MCGREGOR, H. *et al*. Developing online communication training to request donation for vascularized composite allotransplantation (VCA): improving performance to match new US organ donation targets. **BMC Medical Education**, v. 24, n. 1, p. 77, 2024. DOI: 10.1186/s12909-024-05026-9.

WESTPHAL, G. A.; ROBINSON, C. C.; CAVALCANTI, A. B. *et al*. Brazilian guidelines for the management of brain-dead potential organ donors. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 1, p. 1–11, 2021. DOI: 10.5935/0103-507X.2021000.