

Processo de doação, captação e transplante de órgãos: um levantamento dos casos ocorridos no HUST no período de maio/2010 a maio/2011

Francieli Peri*
Patricia Zilio Tomasi**

Resumo

O referido trabalho teve por objetivo levantar os números de doações, captações e transplantes de órgãos realizados no Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba, SC, bem como o motivo das não doações e a busca pela conscientização da população em geral. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, em que foram analisadas 303 fichas de notificação de potencial doador de órgãos (morte encefálica e parada cardiorrespiratória) no período de maio de 2010 a maio de 2011. No intuito de conscientização, foram realizadas diferentes atividades com a intenção de transmitir orientações sobre o processo de doação de órgãos e a política atual de transplantes no Brasil, na qual a família tem papel principal, que é o poder de decisão, autorizando ou recusando a doação; nesse contexto, foi abordado a importância do diálogo com os familiares sobre o assunto, saber o desejo de cada um em vida, para, assim ter certeza na hora da decisão. Os resultados obtidos na pesquisa comprovam a real importância da divulgação do processo de doação de órgãos para a sociedade, demonstram, ainda, a importância da participação de todos os profissionais envolvidos no processo, como agentes formadores de opiniões, em especial, o enfermeiro, que está à frente com palestras e atividades educativas que incentivam às pessoas a conversarem com suas famílias sobre o assunto, conhecendo, assim, o desejo de cada um, de ser, ou não, um doador, lembrando que a família é legalmente amparada quanto à decisão favorável ou contrária a doação. Palavras chave: Doação de órgãos. Entrevista Familiar. Transplante.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo apresentar os resultados de uma pesquisa realizada para a conclusão do Curso de Enfermagem, na qual se buscou o levantamento dos casos de captações e transplantes de órgãos e tecidos realizados no período de maio de 2010 a maio de 2011 no Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba, SC. Desde a década de 1980, o transplante de órgãos deixou de ter um caráter experimental e passou a ser uma importante opção terapêutica para pacientes portadores de doenças orgânicas, nas quais o tratamento convencional não foi eficaz. A doação pode ser feita em vida, desde que não represente risco de morte ao doador, e de doador cadavérico (com autorização familiar); ambas as formas de doação devem respeitar e seguir a Lei de Transplante Brasileira n. 9.434 (BOING, 2008).

* Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina Campus de Joaçaba; Rua Getulio Vargas, 2125, Bairro Flor da Serra, CEP 896000-000; francieliperi@yahoo.com.br

** Professora e orientadora do Curso de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina; Campus de Joaçaba, Rua Getulio Vargas, 2125, Bairro Flor da Serra, CEP 896000-000; patricia.tomasi@unoesc.edu.br

2 HISTÓRICO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Vários relatos históricos e lendas a respeito de transplantes povoam o imaginário da humanidade. Na *Ilíada*, de Homero, foi descrito o primeiro transplante de tecidos geneticamente diferente: uma quimera criada pelos deuses. Outro relato é a lenda de São Cosme e São Damião que, após a amputação da perna de um velho, transplantaram nele a perna de um soldado mouro que havia falecido naquele mesmo dia, e que o único inconveniente para o transplantado foi ter que conviver com pernas de cores diferentes. O termo transplante foi utilizado pela primeira vez por John Hunter, em 1778, após descrever seus experimentos com enxertos ovarianos e testiculares em animais não relacionados. O primeiro transplante em humanos foi realizado em 1933 por Voronoy, na Ucrânia, sendo transplantado um rim que não funcionou já que o órgão teria sido retirado de um doador com mais de seis horas de parada cardiorrespiratória (PCR) e o receptor morreu 48 horas depois (BOING, 2008).

Na década de 1950, aconteceu o primeiro transplante bem-sucedido de órgãos, em Boston (EUA), quando o Dr. Joseph E. Murray realizou um transplante de rins entre dois gêmeos idênticos no Hospital Brigham and Women. Ele se baseou na descoberta dos médicos de que em transplante entre gêmeos idênticos não havia o perigo de rejeição, uma vez que o genoma de ambos, receptor e doador, são os mesmos (FARIA, 2009).

Ainda na mesma década, as pesquisas de Dauset, em Paris, e o bem-sucedido transplante renal entre gêmeos univitelineos, realizado em Boston, trouxeram à tona a atenção às questões imunológicas e dirigiram o foco para as pesquisas sobre a imunossupressão. Isso foi o grande impulso para o sucesso dos transplantes e a utilização de doadores cadáveres que se iniciou de maneira experimental, pois não havia o conceito de Morte Encefálica (BOING, 2008).

Em dezembro de 1967 foi realizado, no Hospital Groote-Schuur, na Cidade do Cabo, África do Sul, o primeiro transplante de coração, utilizando um coração de uma jovem de 25 anos, vítima de acidente. O chefe da equipe era o professor Christian Barnard. O receptor, Louis Waskansky, de 53 anos, faleceu 18 dias depois da cirurgia, em consequência de uma infecção pulmonar. A luta dos médicos para combater a rejeição do organismo reduziu muito o sistema imunológico do paciente. Um mês depois, o mesmo médico fez o segundo transplante de coração e, desta vez, com grande sucesso: o dentista Philip Blaiberg viveu um ano e sete meses com o coração novo (HELLWEGE, 2007).

No Brasil, existem registros de que o primeiro transplante de córnea realizado foi em 1954, e o de rins, em 1964. O de coração, envolvendo doador com ME, foi realizado por Euríclides de Jesus Zerbini, em 1968, no Hospital das Clínicas de São Paulo; o receptor foi o lavrador mato-grossense João Ferreira da Cunha (João Boiadeiro), de 23 anos, com avançada doença do miocárdio e insuficiência cardíaca; porém, morreu de rejeição imunológica, a mais temida complicação na época, 28 dias depois. O doador foi Luis Ferreira de Barros, um jovem falecido por atropelamento automobilístico. Esta mesma clínica sediou, em 1989, o primeiro transplante intervivos, realizado por Silvano Raia (JUNQUEIRA, 2008).

Na década de 1990, a realização de transplantes não apresentou grandes avanços quanto ao número de procedimentos realizados. Mesmo com a técnica operatória bem-descrita

e desenvolvida no mundo, as rejeições e a baixa de sobrevivência do receptor eram fatores que limitavam o desenvolvimento desta terapêutica. Naquele período, foi bem expressivo o desenvolvimento dos estudos a procura de medicamentos e técnicas que permitissem o combate à rejeição e aos cuidados intensivos que garantissem o sucesso final do transplante. Já no final da década de 1990, os avanços alcançados na imunossupressão, na preservação de órgãos, nas técnicas cirúrgicas e nas medidas de suporte ventilatório e hemodinâmico permitiram que o transplante de órgãos, ou tecidos, se tornasse uma terapêutica eficiente para pacientes com diversas patologias terminais (BOING, 2008).

O HUST é hoje, um hospital notificador, captador e transplantador de órgãos e tecidos. Iniciou, nesta atividade em 2001, com a primeira captação múltipla de órgãos; em 2005, teve o primeiro transplante de córneas e em 2006, foi aprovada pelo Conselho de Gestão Hospitalar à implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e tecidos para Transplantes (CIHDOTT), e agora, em 2011, recebeu a segunda captação de múltiplos órgãos (HUST, 2011).

3 A LEI DO TRANSPLANTE NO BRASIL

Conforme descrito pela Associação Brasileira de Trasplantes de Órgãos (ABTO, 2011), a notificação de potenciais doadores ocorreu inicialmente no Brasil de uma maneira pouco estruturada. Apenas na década de 1980, nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, surgiram as primeiras organizações para notificação e alocação. Até então, a procura por doadores era realizada pelos próprios transplantadores nas unidades de tratamento de pacientes graves. Não havia uma organização voltada especificamente para o doador.

Em 1968 foi publicada a lei de transplantes n. 5.479, que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica. Com ela, vigorou o consentimento informado, no qual a decisão sobre a doação pertencia aos familiares do potencial doador, como descrito em seu Art 3º:

A permissão para o aproveitamento a doação efetivar-se-á mediante a satisfação de uma das seguintes condições: I – Por manifestação expressa da vontade do disponente; II – Pela manifestação da vontade, através de instrumento público, quando se tratar de disponentes relativamente incapazes e de analfabetos; III – Pela autorização escrita do cônjuge, não separado, e sucessivamente, de descendentes, ascendentes e colaterais, ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos; IV – Na falta de responsáveis pelo cadáver a retirada somente poderá ser feita com a autorização do Diretor da Instituição onde ocorrer o óbito, sendo ainda necessária esta autorização nas condições dos itens anteriores.

Anos depois, o Decreto-lei n. 2.268/97 cria o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) com implantação em todos os Estados do Brasil, descentralizando o processo de doação e transplante. Esta mesma Lei definiu a doação presumida como forma de consentimento, nesta, o cidadão contrário à doação necessitava registrar a expressão “Não Doador de Órgãos e Tecidos” em algum documento de identificação, (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Logo, todo brasileiro que não registrasse essa negativa em vida era considerado um potencial doador.

Porém, em virtude do não respaldo da sociedade brasileira, em 2001, extinguiu-se a doação presumida no Brasil e determinou-se, por meio da Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001, que a doação com doador cadáver somente ocorreria com a autorização familiar, independente do desejo em vida do potencial doador. Logo, os registros em documento de identidade (RG) e carteira Nacional de Habilitação, relativos à doação de órgãos, deixaram de ter valor como forma de manifestação da vontade do potencial doador, conforme descrito no Cap II da lei citada:

Art. 4º 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, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

Atualmente, a lei brasileira é bem clara e tem o consentimento da família para a retirada de órgãos e tecidos para fins de transplante como uma exigência, ou seja, a doação é do tipo consentida.

A obtenção de órgãos e tecidos para transplante no Brasil é normatizada pela Lei n. 9.434/97, conhecida como a Lei dos Transplantes, que trata das questões legais relacionadas à remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e estabelece os critérios para o transplante com doador falecido em seu Cap II, art. 3º:

Art. 3º A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados à transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante à utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina [...] § 3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Quanto à doação de órgãos de pacientes vivos, a Lei n. 9.434/97 deixa claro em seu Cap III, art. 9º

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea [...] § 3º Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora e § 4º O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

O Manual de Captação de Órgãos e Tecidos RS (2003) descreve os órgãos que são possíveis de doação. Quando o doador é vivo, pode doar: 1 rim, 1 pulmão, parte do fígado e medula óssea. Quando o doador é falecido pode doar: coração ou válvulas, fígado, rins, pâncreas, pulmões, intestino, córneas, ossos, pele e cartilagem.

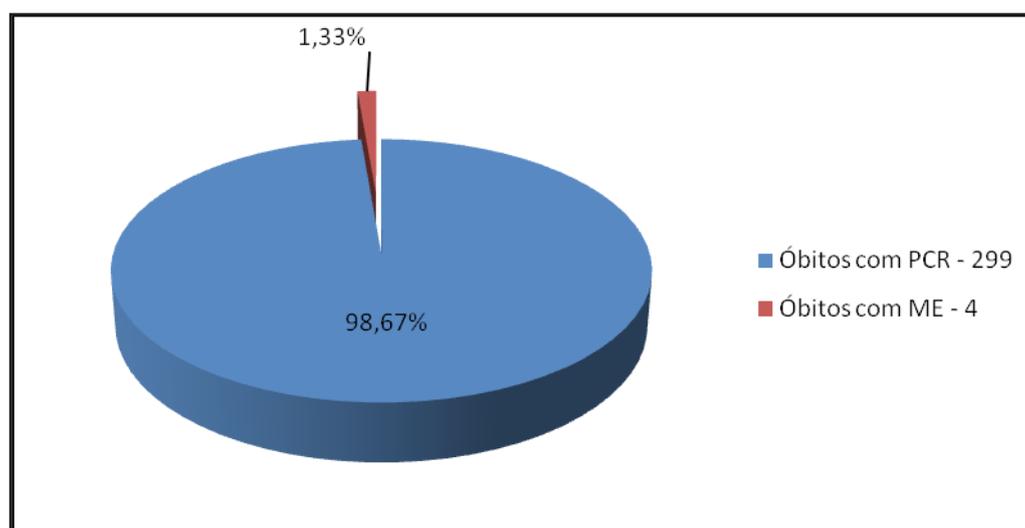
Ainda falando de lei, Daibert (2007) afirma que a legislação brasileira sobre a doação e o transplante de órgãos e tecidos vem sendo construída historicamente, bem como definindo responsabilidades para o Estado, aos serviços de saúde e aos profissionais envolvidos no processo. Essa legislação tem como principais objetivos resguardar os direitos das pessoas envol-

vidas, principalmente do doador, vivo ou falecido, e assegurar à gratuidade de todo o processo de doação de órgãos ou tecidos para fins de transplante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo analisou 303 fichas de notificação de potencial doador de órgãos, preenchidas no Hospital Universitário Santa Terezinha no município de Joaçaba, SC, no período de maio de 2010 até maio de 2011, sendo os óbitos por ME e PCR.

Gráfico 1 – Total de óbitos registrados nas fichas de notificação de potencial doador no HUST no período de maio/2010 a maio/2011, classificado por ME e PCR

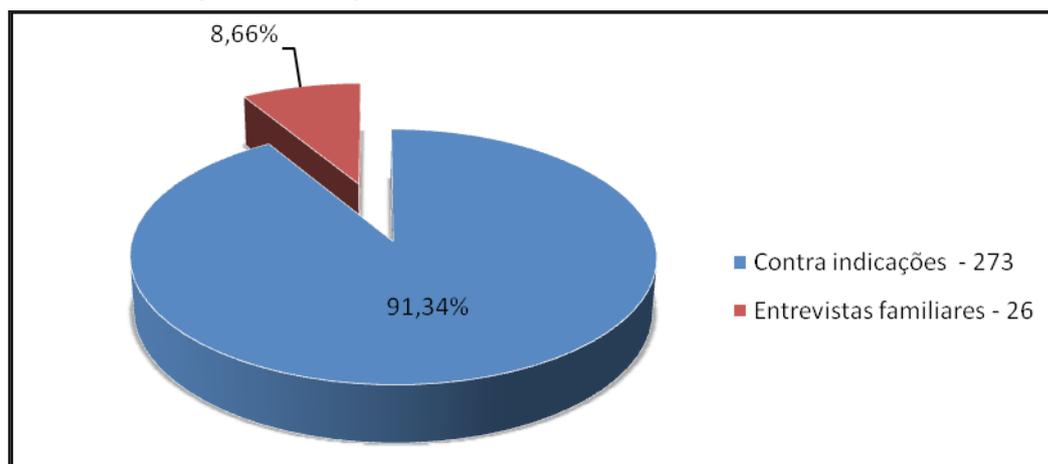


Fonte: as autoras (2011).

Analisando os dados do Gráfico 1, percebe-se claramente que no HUST, durante o período pesquisado, que foi de maio de 2010 a maio de 2011, houve um maior número de óbitos em decorrência de PCR, o qual foi de 98,67% do total dos óbitos, já com diagnóstico de ME foram apenas 1,33% do total.

Isto é uma dificuldade encontrada na tentativa de aumentar os números de captações efetivas, já que o tempo para conversar com a família e ter a autorização dos mesmos é reduzido, visto que para um doador com coração parado somente é possível captar: córneas e ossos até 6 horas após a PCR e rins até 30 minutos após a PCR (CNCDO-SC, 2010).

Gráfico 2 – Total de óbitos por PCR, classificados em potenciais doadores com realização da Entrevista Familiar e Óbitos com Contraindicação no HUST, período de maio/2010 a maio/2011



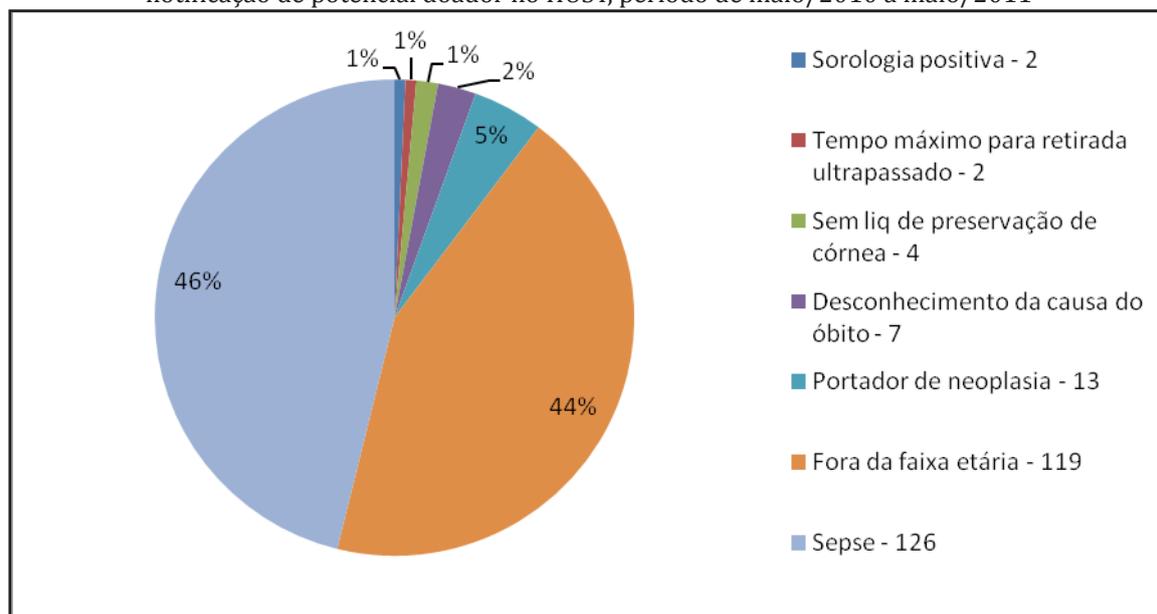
Fonte: as autoras (2011).

No Gráfico 2, temos classificadas as contraindicações para a captação de órgãos que somam um total de 91,34%, e as entrevistas familiares realizadas que foram de 8,66% no período.

As contraindicações que as caracterizam para a realização da entrevista familiar, segundo o Manual de Doação e Captação de Órgãos e Tecidos RS (2003), são a septicemia, neoplasia maligna (exceto alguns tumores primários do sistema nervoso central, tumores cutâneos de baixo grau e carcinoma *in situ* de cérvix uterina) e sorologia positiva.

Dados da CNCDO/SC do último ano de 2010 apresentaram, no Estado, um número de 1.123 notificações de potenciais doadores com PCR; destes, 485 tiveram contraindicações e em 638 foram realizadas as entrevistas familiares. Porém, não se pode fazer uma média entre os municípios do Estado, em virtude da grande diferença de habitantes que existe entre eles. Por exemplo, na Capital, no ano de 2010, foram 429 notificações contra 30 no município de Joaçaba.

Gráfico 3 – Contraindicações para captação de órgãos em óbitos por PCR, registrados nas fichas de notificação de potencial doador no HUST, período de maio/2010 a maio/2011



Fonte: as autoras (2011).

Analisando as contraindicações para a captação de órgãos no período do estudo que foi de 273 casos, destacam-se a septicemia, com uma prevalência de 46,15% do total e a idade acima dos 70 anos com 43,59%.

Falando sobre a septicemia, Silva e Velasco (2007), dizem que septicemia é uma resposta inflamatória sistêmica à infecção que se refere ao diagnóstico e à terapêutica. No Brasil, cerca de 25% dos leitos das UTI são ocupados por pacientes que desenvolveram septicemia, com uma mortalidade perto de 50%.

Também com uma porcentagem de 43,59%, foi atribuído como contraindicação os pacientes com idade acima de 70 anos; esta faixa etária máxima é adotada hoje pela CIHDOTT do HUST como idade máxima para coração parado (PCR), que foi o segundo maior percentual de contraindicação no período pesquisado (CIHDOTT-HUST, 2011).

Baseando-se no Manual de Captação de Órgãos e Tecidos/RS (2003, p. 89), justifica-se com um percentual de 4,77% do total os óbitos que, mesmo estando dentro da faixa etária aceita, enquadravam-se na contraindicação de neoplasias malignas (exceto alguns tumores primários do sistema nervoso central, tumores cutâneos de baixo grau e carcinoma *in situ* de cérvix uterina). Representando 0,73% do total, aparece como contraindicação, a sorologia positiva, nos dois casos para HIV; esta decisão é baseada também na literatura, que deixa claro estes motivos como contraindicação absoluta.

A contraindicação de desconhecimento da causa do óbito foi de 2,57% do total, e se deve àqueles casos em que o paciente já entrou no Hospital em PCR, sem chance ou sucesso nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), indo a óbito sem tempo de identificar o real motivo do mesmo, impossibilitando, assim, a captação.

Outra contraindicação apresentada no Gráfico, foi ter excedido o tempo máximo para a captação dos órgãos, isto por não ter autorização da família ou os exames laboratoriais à tempo suficiente para a captação, representando um percentual de 0,73% do total. Para definir esta contraindicação utiliza-se a Tabela abaixo:

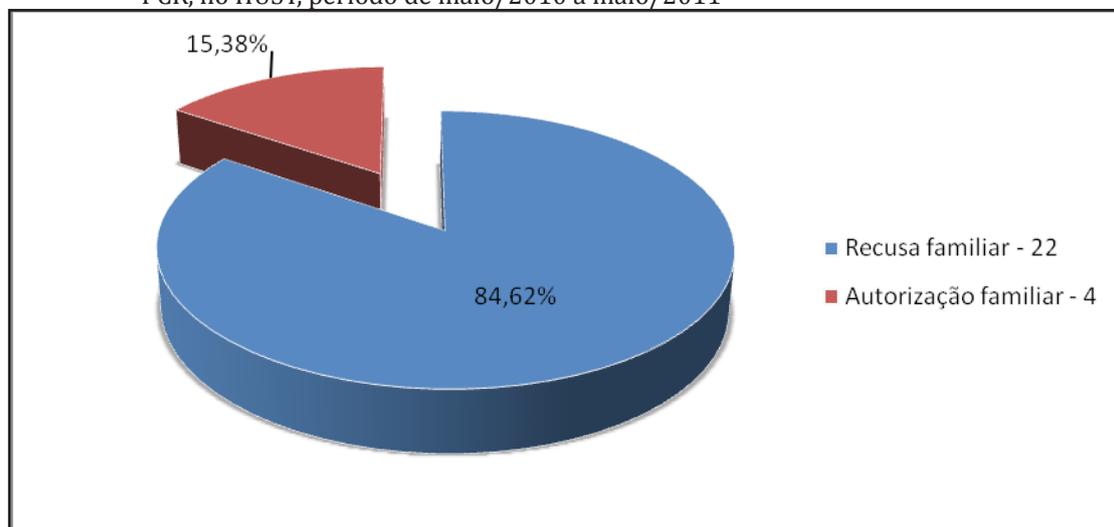
Tabela 1 – Tempo útil para retirada e transplante do órgão

Órgão/Tecido	Tempo/Retirada	Tempo/TX
Coração	antes da PC	4 - 6 h
Pulmões	antes da PC	4 - 6 h
Fígado	antes da PC	12 - 24 h
Pâncreas	antes da PC	12 - 24 h
Rins	até 30 min após PC	até 48 h
Córneas	até 6 hs após PC	7 a 14 dias
Ossos	até 6 hs após PC	até 5 anos
Pele	até 6 h após PC	até 2 anos

Fonte: Manual de captação de órgãos e tecidos (Rio Grande do Sul, p. 42).

Referente à contraindicação sem líquido para preservação de córneas, que representou um percentual de 1,46% do total, isso ocorreu em virtude de um período em que o HUST ficou sem o líquido de preservação, assim, de nada adiantaria captar as córneas, se não tinham o material necessário para conservá-las.

Gráfico 4 – Entrevista familiar: total de autorizações e recusa familiar para doação nos óbitos por PCR, no HUST, período de maio/2010 a maio/2011



Fonte: as autoras (2011).

As entrevistas foram realizadas seguindo os critérios estabelecidos pela Lei n. 1.0211, Art. 4º que determina que 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 à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte, confirmando a aceitação ou a recusa da doação.

Das 26 entrevistas realizadas com familiares de pacientes que foram a óbito por PCR no HUST, durante o período de maio de 2010 a maio de 2011, 22 tiveram como resposta a negativa da família e em apenas quatro casos houve a autorização quanto à captação. Desses quatro óbitos em que foi obtido a autorização familiar, foram captadas ambas as córneas de cada um, totalizando oito córneas.

A lista de espera de Santa Catarina até setembro de 2011, para transplante de córnea era de 621 pessoas; em Joaçaba cinco pessoas integram esta lista única. A córnea, após a captação, pode permanecer no banco de olhos por um período de 7 a 14 dias, em líquido próprio, para a conservação. A distribuição é feita conforme a necessidade de cada paciente, ou seja, se aparecer algum caso emergencial, ele será priorizado e o transplante realizado antes dos que estão na lista (CNCDO/SC, 2011).

O HUST está em fase de implantação do banco de olhos, e isto vem a somar com o processo de doação, captação e transplante de órgãos (HUST, 2011).

Este baixo percentual de autorização familiar, que foi de 15,38% comparado ao de negativa familiar, que foi de 84,62% pode ser justificado considerando o pequeno tempo que a família tem para pensar sobre o assunto, já que após o coração parado, a captação deve ocorrer em no máximo seis horas. Outra justificativa pode ser a falta de conhecimento a respeito da

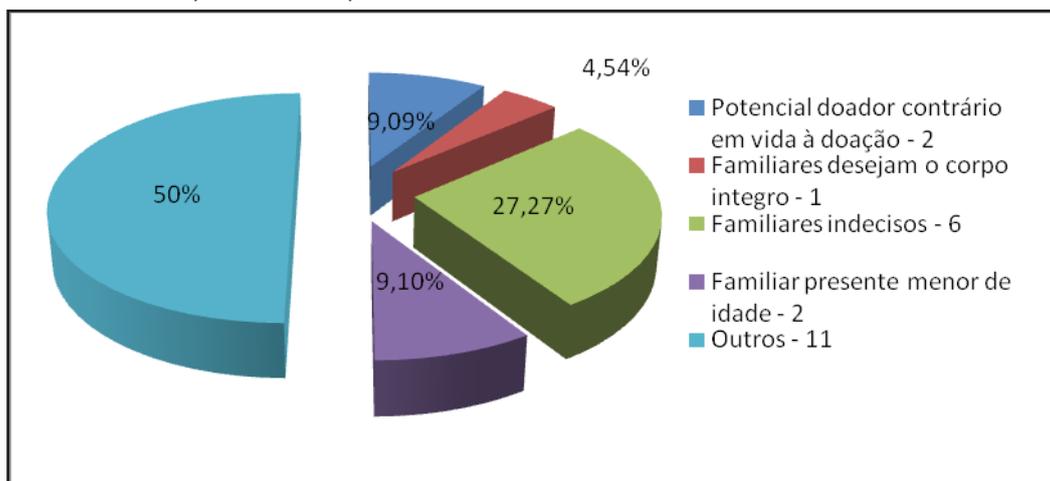
vontade do ente querido; algumas vezes o familiar presente não tem certeza, e está sozinho para decidir.

Em 2010, no Estado de Santa Catarina, houve uma recusa familiar em 175 óbitos, dos 638 casos de potenciais doadores com coração parado, representando um percentual de 27,43% do total das entrevistas. No HUST, o percentual de recusa familiar, no período da pesquisa foi de 84,62% (CNCDO/SC, 2011).

O número insuficiente de doadores para atender à crescente demanda de pacientes na lista de espera representa um dos obstáculos para a realização do transplante e é neste contexto que a recusa familiar vem sendo apontada como um dos fatores limitantes na disponibilização de órgãos e tecidos para o transplante (BOING, 2008).

No intuito de auxiliar na conscientização da população e aumentar os números de captações de órgãos e tecidos, foram realizadas pela pesquisadora e pela CHIDOTT às atividades de palestra, entrega de *folders* para os funcionários do HUST, e atividades na praça Adolfo Konder.

Gráfico 5 – Motivo da recusa familiar quanto a doação de órgãos em óbitos por PCR, registrados nas fichas de notificação de potencial doador no HUST, período de maio/2010 a maio/2011



Fonte: as autoras (2011).

Os motivos de recusa familiar que influenciam, segundo estudos de Moraes e Massarolo (2006), são o desejo do falecido, manifestado em vida, contrário à doação, a falta de compreensão do conceito de morte encefálica, o grau de satisfação da família com o atendimento médico prestado ao potencial doador, o medo da mutilação do corpo do falecido, a negação da morte, a falta de consenso familiar e as crenças religiosas.

Das 22 negativas familiares para a doação com o coração parado encontradas nesta pesquisa, duas foram em razão de o falecido ter pronunciado em vida que não concordava com o procedimento e a família respeitou sua decisão. Santos e Massarollo (2005) descrevem em seus estudos que o responsável legal se sente tranquilo quando a decisão é tomada em comum acordo com a família, e que há familiares que autorizam, ou não, a doação de órgãos, respeitando a vontade do paciente em vida, mas que nem sempre esse desejo é respeitado. Nos casos em que a família desconhece a vontade do paciente quanto à doação de órgãos, a decisão favorável é atribuída ao desejo de ajudar pessoas, à consideração de que após a morte não deve haver ape-

go à matéria, à crença de que todas as pessoas devam ser favoráveis à doação, à consideração de que o paciente se sentiria feliz e concordaria com a doação, por ter sido uma pessoa bondosa.

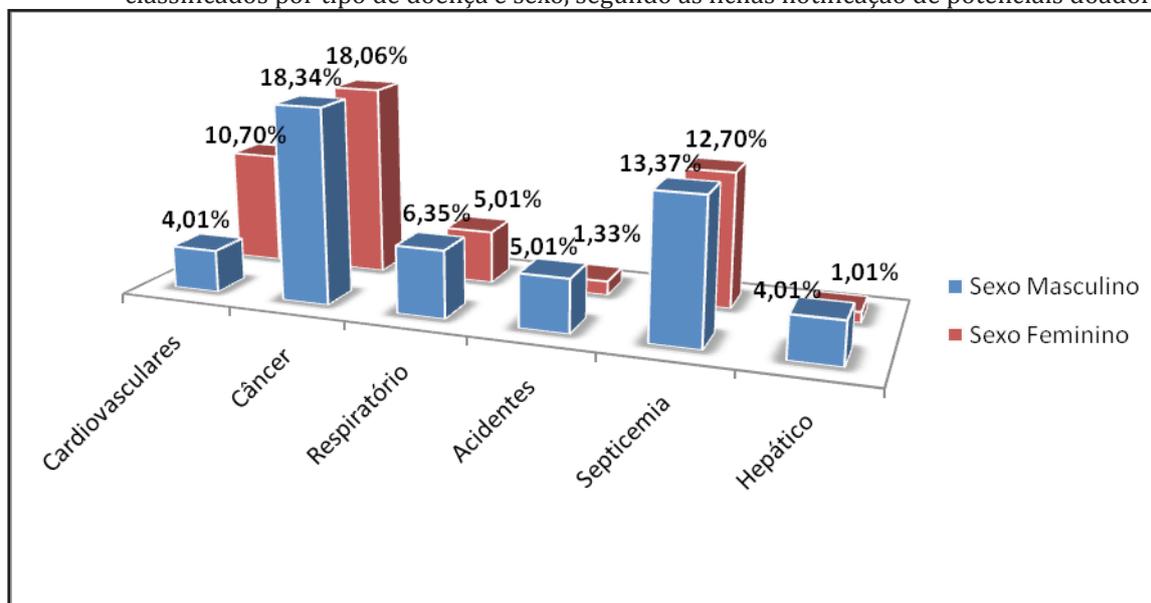
Outro motivo de recusa foi à família querer sepultar o corpo íntegro, sem ausência de órgãos; isto também é enfatizado por Moraes e Massarollo (2005) que explica que o apego ao corpo, ou a sua integridade, e o medo de sua violação é um determinante sociocultural, que reflete a falta de informação da população.

Seis dos familiares que participaram da entrevistas se encontravam indecisos sobre a doação, e isto é compreensível, já que a família não espera essa situação, e a indecisão de doar, ou não, muitas vezes ocorre pelo familiar que está ali presente em não saber qual era a vontade do ente querido, ou por estar sozinho e não conseguir decidir. O familiar tem que transmitir certeza na decisão, não se pode de forma alguma, induzi-lo à autorização, uma vez que esta é livre e tem de ser tomada pela família.

Em dois casos, no momento da entrevista, estavam presentes apenas pessoas menores de idade, um filho e no outro caso, a esposa, e segundo a lei de transplante n. 9.434, estes não podem ser responsáveis pela autorização.

Nos outros casos, que foram 11, não estava especificado o motivo da recusa nas fichas de notificações, por isso não foi possível descrevê-los. Isto mostra a importância do correto preenchimento das fichas de notificações.

Gráfico 6 – Motivo dos óbitos ocorridos com PCR no HUST, periodo de maio/2010 a maio/2011, classificados por tipo de doença e sexo, segundo as fichas notificação de potenciais doadores



Fonte: as autoras (2011).

Os dados do Gráfico 6 foram extraídos das fichas de potenciais doadores, como motivo da internação; vários desses evoluíram para septicemia, tornando-se contraindicados para captação.

Nos motivos por câncer, problemas respiratórios e septicemia, a diferença entre os sexos foi quase que imperceptível.

O índice de câncer foi o maior nos dois sexos, sendo do total de óbitos 18,34% do sexo masculino e 18,06% do sexo feminino. Conforme estatísticas do Instituto Nacional do Câncer

(INCA), cerca de 140 mil pessoas morrem, todos os anos decorrentes desta doença; para o ano de 2011, às estimativas apontavam para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer no Brasil, sendo os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina.

Em segundo lugar, aparece a septicemia já instalada no momento da internação hospitalar, com um percentual de 13,37% do sexo masculino e 12,70% do sexo feminino. Dados de um estudo clínico brasileiro também revelam que a incidência de septicemia no país é em torno de 27% em pacientes com mais de 24 horas de internação em UTI. Silva e Velasco (2007) afirmam que, em cerca de 10 a 25% dos pacientes críticos, esta doença já se encontra em curso no momento da admissão na UTI.

Quanto aos problemas cardíacos, houve uma prevalência do sexo feminino; do total, 10,70% foram mulheres e apenas 4,01% foram homens. Relatos da Organização Mundial de Saúde (2011) dizem que mais de 17 milhões de pessoas morrem, por ano, vítimas de doenças cardiovasculares no mundo, e que estes problemas representam a maior causa de morte no Brasil, com cerca de 360 mil casos anuais; as mulheres ganham cada vez mais espaço dentro dessa estatística, por terem uma chance maior de morte depois de instalado o Infarto.

Segundo o médico Dr. Hélio Castello (2008), as mulheres estão, a cada ano, mais expostas ao risco, pois cerca de 40% apresentam aumento da cintura abdominal, mais de 20% fumam, 18% são ex-fumantes, 23% têm seus níveis de pressão arterial acima do preconizado e 21% possuem alteração dos níveis de colesterol; além disso, as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho e, portanto, acumulam o estresse do trabalho com o dos cuidados da família, comprometendo à qualidade de vida. Também existem alguns fatores que agravam à instalação da doença do coração nas mulheres: a associação da pílula anticoncepcional com o cigarro, que representam uma das maiores causas de Infarto em mulheres jovens e aumenta o risco delas em até cinco vezes. As pílulas produzem artificialmente um estrogênio semissintético, que pode elevar a formação de coágulos nas artérias e veias, interrompendo a irrigação do músculo cardíaco e levando-o ao infarto, além de elevar a chance de doenças vasculares periféricas, como varizes, trombozes e até o AVC (acidente vascular cerebral), conhecido como derrame. Outro motivo que aumenta as chances de problemas cardíacos é quando chegam à menopausa, pois diminui a produção de estrogênio, que é um hormônio produzido pelo próprio corpo e estimula a dilatação dos vasos, facilitando o fluxo sanguíneo; assim, ocorre uma redução desse hormônio e, conseqüentemente, o aumento dos riscos.

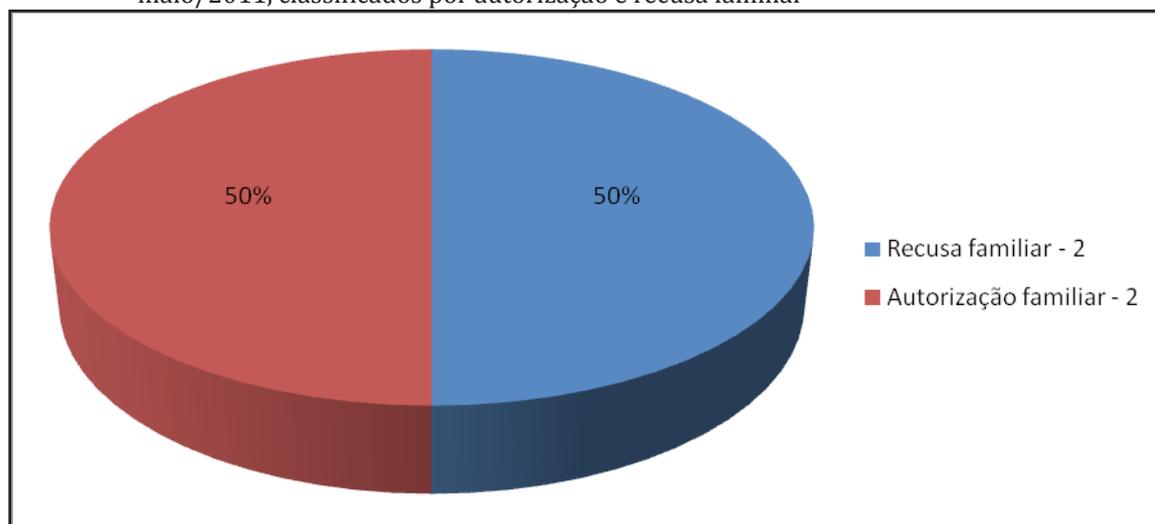
Referente aos problemas respiratórios, o gráfico mostra que do total dos óbitos, não houve diferença significativa quanto aos sexos, no qual 6,35% foram do sexo masculino e 5,01% do sexo feminino. Segundo uma reportagem publicada na Vida Equilíbrio (2010), de acordo com a Organização Mundial de Saúde, existe no mundo cerca de 300 milhões de asmáticos, 210 milhões de pessoas acometidas pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e 100 milhões que sofrem de distúrbio respiratório do sono. Além disso, a cada ano, 8 mil novos casos de tuberculose são registrados no Brasil, que é um dos países recordistas em casos da doença. A incidência de doenças alérgicas respiratórias, como rinite e asma, também vem aumentando

gradativamente. Nos últimos 20 anos, segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, são em média oito mortes/dia por complicações relacionadas à asma, ou 2.500 óbitos ao ano (OMS, 2011).

Quanto ao motivo de internação por acidentes automobilísticos, percebe-se que o sexo masculino apresenta uma porcentagem de 5,01%, já o sexo feminino 1,33% do total, comparando com dados do Portal do Trânsito Brasileiro (2011) no qual se refere que 79% dos óbitos ocorridos em consequência de acidentes de trânsito são do sexo masculino; percebe-se que estes dados se confirmam em nossa região, também.

Ocorreu também um predomínio do sexo masculino nas doenças hepáticas, com um percentual de 4,01%, o sexo feminino representou 1,01% do total dos óbitos. Considerando pesquisas da OMS (2011), que dizem que as doenças hepáticas geralmente estão associadas ao consumo de álcool, e que o número de alcoólatras é maior em homens do que em mulheres, relacionamos isto aos números encontrados nesta pesquisa, apesar de não podermos afirmar, já que não identificamos se os mesmos eram, ou não, alcoólatras.

Gráfico 7 – Total de entrevista familiar nos óbitos por ME no HUST, período de maio/2010 a maio/2011, classificados por autorização e recusa familiar



Fonte: as autoras (2011).

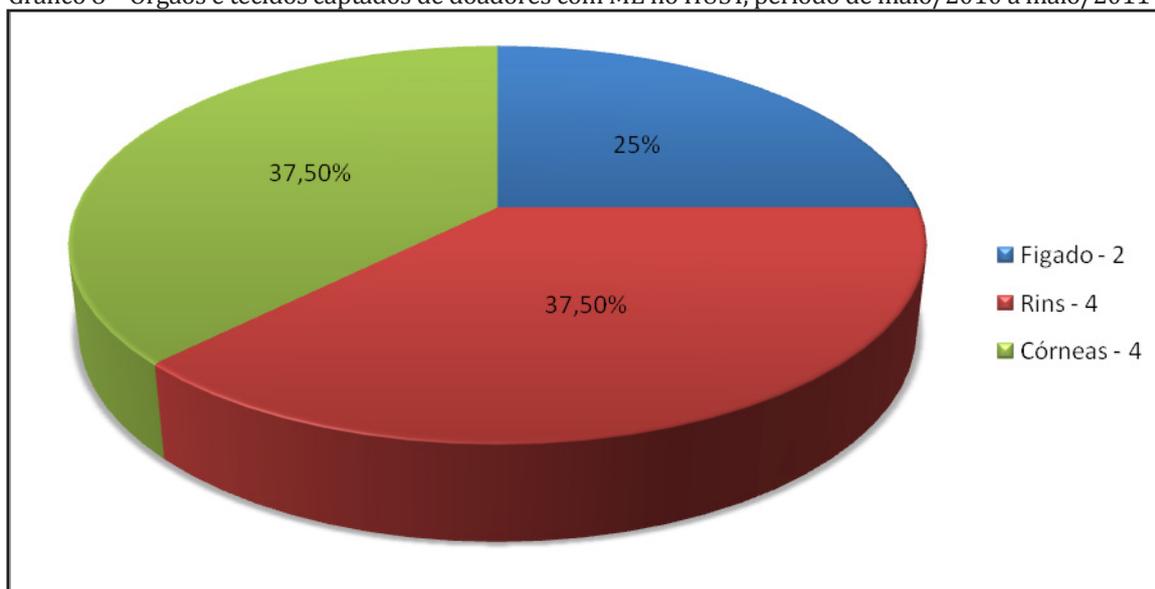
Observa-se que no período pesquisado foram à óbito quatro pacientes com diagnóstico de ME. Foi realizada a entrevista com os familiares destes pacientes e destas, foram duas respostas contrárias e duas repostas favoráveis à doação.

Pode-se considerar esse resultado de 50% favorável à doação satisfatório, já que se percebe que ainda hoje, apesar de toda a divulgação existente sobre o processo de transplante de órgãos, existe muita recusa quanto à captação por parte dos familiares, Santos e Massarollo (2005), descrevem que a informação de que o paciente está em morte encefálica gera dor e desespero nos familiares, toda a família fica chocada ao receber a informação do diagnóstico quando não há esclarecimento prévio sobre a possibilidade de ocorrência dessa situação; porém, a família que é informada sobre o início dos exames para confirmação do diagnóstico tem a possibilidade de preparar-se para a morte do paciente. Ainda relatam que o entendimento da morte encefálica é um dos fatores que influencia no processo de doação de órgãos, pois, geralmente, as famílias apenas ouvem falar desse conceito quando um ente querido evolui para tal

diagnóstico em decorrência de uma lesão cerebral severa e súbita, o que dificulta a compreensão da ideia da cessação das funções do cérebro em um ser aparentemente vivo. O desconhecimento e/ou não aceitação da morte encefálica é compreensível, uma vez que, classicamente, a morte era definida como à cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória.

Das negativas familiares que foram duas, uma foi em razão de a família querer o corpo íntegro para sepultar; e a outra por ter sido a de um caso de óbito por intoxicação durante um exame de imagem: a família estava muito abalada e queria velar e sepultar o ente querido o mais rápido possível.

Gráfico 8 – Órgãos e tecidos captados de doadores com ME no HUST, período de maio/2010 a maio/2011



Fonte: as autoras (2011).

O gráfico acima apresenta o resultado de órgãos e tecidos captados dos doadores com ME no período da pesquisa.

Foram dois doadores; em ambos os casos a família autorizou a retirada de coração, pulmões, fígado, pâncreas, rins, tecido ocular e válvulas cardíacas, porém, em decorrência da avaliação de logística, do tempo, do receptor e da disponibilidade das equipes de transplantes, a CNCDO/SC optou por captar nos dois doadores as duas córneas, o fígado e os dois rins, resultando em um total de 4 córneas e 4 rins que representaram 37,50% cada e 2 fígados que representou 25% do total de órgãos captados.

Segundo CIHDOTT (2011), um dos fatores que também dificultam à captação de órgãos no município de Joaçaba é o fato do aeroporto não permitir pouso noturno; as equipes de transplante, vindas de outros municípios, usam o tráfego aéreo como forma de locomoção, em virtude de reduzir o tempo entre a captação e o transplante efetivo.

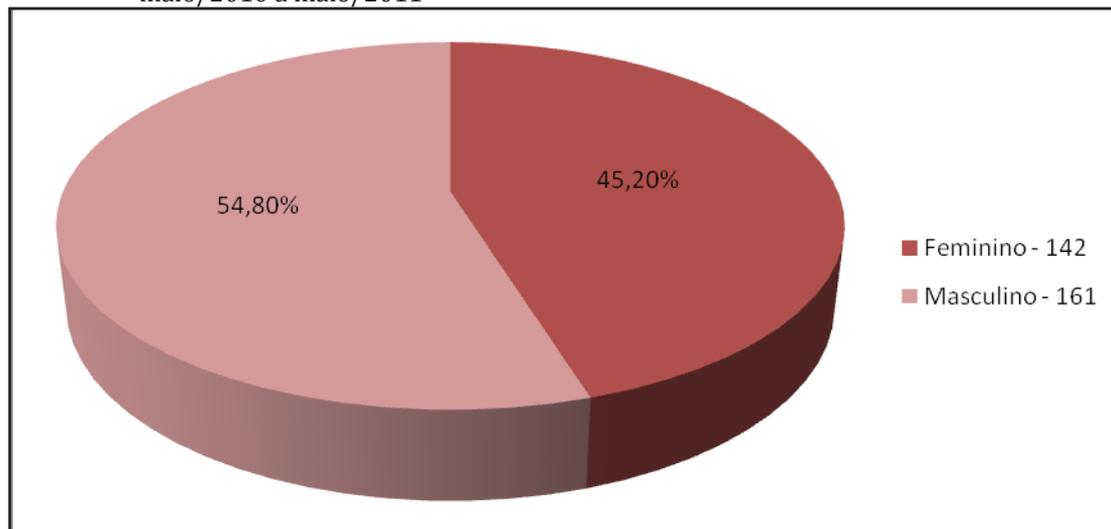
Conforme os últimos dados da CNCDO/SC, de setembro 2011, a lista de espera para transplante no estado de Santa Catarina é de 1282 pessoas; para cada órgão é de:

- Córneas: 621;
- Rins: 353 pessoas;
- Fígado: 191 pessoas;

- Coração: 2 pessoas;
- Osso: 55 pessoas;
- Medula óssea: 48 pessoas;
- Rim/Pâncreas: 14 pessoas.

Todos os órgãos e tecidos captados foram encaminhados pela CNCDO/SC para outros municípios em que foram realizados os transplantes, conforme a lista única de espera.

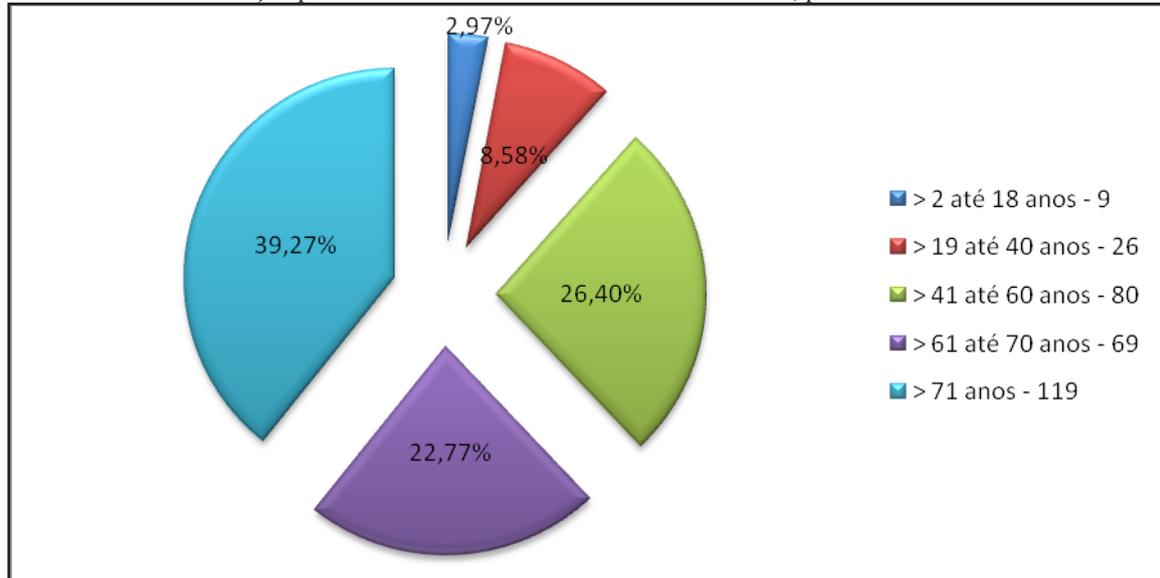
Gráfico 9 – Classificação por sexo dos óbitos ocorridos por PCR e ME no HUST, período de maio/2010 a maio/2011



Fonte: as autoras (2011).

No que diz respeito ao sexo dos pacientes que foram à óbito, houve uma pequena prevalência do sexo masculino, com diferença de 9%. Considerando os dados do IBGE (2009), a esperança de vida ao nascer, no Brasil, vem apresentando, ao longo dos anos, um vagaroso crescimento, em que o ritmo da esperança de vida masculina é mais lento, comparativamente ao da feminina; isso encontra explicação no aumento gradativo da sobremortalidade masculina nas idades jovens, e adultas jovens e isso é expresso pela relação entre as taxas específicas de mortalidade de homens e mulheres, como na faixa dos 20 aos 29 anos de idade, aonde chegam a ser mais de três vezes superiores às correspondentes femininas.

Gráfico 10 – Classificação por faixa etária dos óbitos ocorridos no HUST, período de maio/2010 a maio/2011

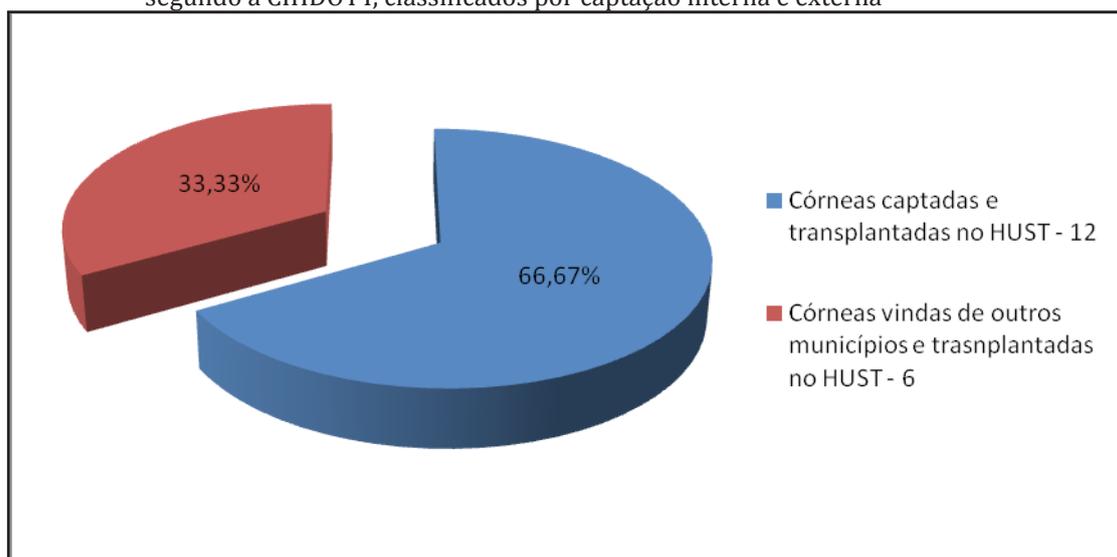


Fonte: as autoras (2011).

Analisando o Gráfico 5, percebe-se que a idade em que aconteceu o maior número de óbitos foi a partir dos 71 anos. Não existe uma lei que estipule a idade máxima que uma pessoa pode estar doando seus órgãos, ou no caso, a família, quando do acontecimento do óbito [...] a idade do doador é menos importante do que o estado do órgão a ser doado, no entanto, é raro serem transplantados órgãos de pessoas com mais de 70 anos de idade [...] (BRASIL, 2008).

No HUST é adotado como idade máxima para captação de órgãos de coração parado, 70 anos (CIHDOTT, 2011). Relacionando este dado com o percentual de óbitos acima de 71 anos, que foi de 39,27% do total no período pesquisado, observa-se que isto é uma das maiores dificuldades encontradas para conseguir aumentar o número de captações.

Gráfico 11 – Total de córneas transplantadas no HUST, período de maio/2010 a maio/2011, segundo a CIHDOTT, classificados por captação interna e externa



Fonte: as autoras (2011).

No período pesquisado, maio de 2010 a maio de 2011, foram realizados no HUST o total de 18 transplantes de córneas. Dessas 18 córneas, 12 foram captadas no próprio hospital, e seis são provenientes de outros municípios do Estado de Santa Catarina.

Os dados encontrados na CNCDO/SC (2011) demonstram que o Estado de Santa Catarina, no período de maio de 2010 a maio de 2011, realizou 494 transplantes de córneas. Os mesmos dados apontam que o HUST, no ano de 2010, realizou 19 transplantes de córneas, e neste ano, até setembro, foram seis transplantes. No município de Joaçaba, SC, a lista de espera para um transplante de córneas é de cinco pacientes.

5 CONCLUSÃO

Os resultados finais da pesquisa mostram que, dos 303 óbitos ocorridos no Hospital Universitário Santa Terezinha no período de maio de 2010 a maio de 2011, em que foi aberto a notificação de potencial doador de órgãos, 299 foram em decorrência de parada cardiorrespiratória e quatro de morte encefálica. Com base nestes dados, é possível concluir que um dos motivos que fazem com que o número efetivo de captação de órgãos sólidos seja tão reduzido, é o fato de termos uma porcentagem maior, ou seja, 98,67% de óbitos por parada cardiorrespiratória; nestes casos pode-se captar apenas os rins, e no tempo máximo de 30 minutos após a PCR, tornando esta prática fora da nossa realidade.

Dos 299 óbitos por parada cardiorrespiratória, 273 tiveram contraindicações para a doação e em 26, foram realizadas a entrevista familiar, das quais 22 obtiveram recusa e quatro autorizaram a captação, sendo captados, então, oito córneas. Nos quatro óbitos por morte encefálica, foram realizadas as entrevistas familiares; duas famílias recusaram e duas concordaram com a captação; foram captados quatro rins, dois fígados e quatro córneas. No total, então, foram captados no período pesquisado 12 córneas, quatro rins e dois fígados.

Percebe-se que o percentual de negativas familiares para a captação de órgãos e tecidos foi bem elevado; para parada cardiorrespiratória foi de 84,62%, e para morte encefálica de 50% do total das entrevistas, isto se deve em virtude do não conhecimento da vontade do ente querido, e da falta de informação quanto ao processo de doação. A entrevista familiar é realizada no hospital, e é explicado todo o processo; porém, são muitas informações novas que misturadas aos sentimentos de dor e de perda, muitas vezes não são consideradas, e a negativa parece ser a decisão mais aceitável.

As contraindicações, como septicemia e idade máxima para captação de órgãos, também aparecem como um fator negativo que influenciou no número total de captações. Dos 303 óbitos, tivemos 119 com idade acima de 70 anos e 126 com septicemia. Outro motivo que se pode atribuir como negativo é a distância do município de Joaçaba em relação aos grandes centros, onde geralmente os transplantes de órgãos sólidos são realizados, já que o tempo é um fator determinante no sucesso do transplante; além disso, o município de Joaçaba, hoje, não permite pouso noturno no aeroporto, que é um meio de locomoção que agiliza, e muito, o tempo entre a retirada e o transplante do órgão.

Quanto ao total de transplantes realizados no Hospital Universitário Santa Terezinha, tivemos, no período pesquisado, 18 transplantes de córnea; 12 foram captações no próprio hospital e seis vieram de outros municípios do Estado de Santa Catarina.

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), composta por duas enfermeiras, uma psicóloga e um médico, luta a cada dia para que os números de captações e transplantes aumentem, seja na parte de conscientização, ou no processo em si; é um trabalho difícil, em que é necessário muita sensibilidade e controle de sentimentos, pois é no momento considerado por todos como o mais difícil que eles entram em ação, momento este de dor, sofrimento, inconformação, em que, em meio a revolta pela perda do ente querido, busca-se a chance de sobrevivência de uma outra pessoa. Entre a equipe, cada um com suas responsabilidades, o enfermeiro tem um papel fundamental em todas as fases do processo de doação, captação e transplante de órgãos, por meio das atividades de conscientização, entrando em contato com a CNCDO/SC e monitorando o potencial doador, realizando a entrevista familiar e explicando à família o procedimento, na organização da logística de captação e transplante dos órgãos, organizando as equipes internas, centro cirúrgico, recepcionando as equipes externas que fazem a captação e, em meio a tudo isso, confortando aos familiares do ente querido, que buscam sempre na pessoa do enfermeiro às respostas para suas dúvidas.

Ao final, é necessário que cada vez mais se fale sobre doação de órgãos, seja em casa, com amigos e conhecidos, ou mediante atividades de conscientização com a população em geral, para que assim, mais pessoas entendam e estejam preparadas para tomar a decisão na hora da perda de um ente querido. Em uma sociedade, em que a solidariedade está sempre presente nos momentos de dificuldades, sejamos nós também solidários, pois como a campanha do ministério da saúde (2011) fala, “basta uma palavra de solidariedade para salvar toda uma vida” e “a vontade é sua, a decisão é deles, converse com sua família.”

Abstract

The aim of this research was to raise, assess and evaluate the numbers of organ donations, organ harvestings, and organ transplants that were performed in Hospital Universitário Santa Terezinha (Santa Terezinha University Hospital), at Joaçaba, Santa Catarina. The reasons of the family refusals were also evaluated and a public awareness campaign concerning this subject was performed. The scope of this work consists of a quantitative analysis of potential organ and tissue donor's medical records, from patients that have undergone cardio respiratory arrest or brain death in the period between May 2010 and May 2011. This subject was chosen due to the deep impact that is caused on people lives when they are waiting for the availability of an organ donor, once this availability might be the only way to improve their life quality, or even represents their only chance to live longer. It was considered that many family refusals occur due to the lack of information. By means of performing a public awareness campaign, some activities were done with the aim of informing the population about the whole organ donation process and how the organ donation policy works in Brazil. It was emphasized that the patient's families have total decision

autonomy on whether or not authorizing organ donation, and the importance of family dialogues about this subject when each member of the family could express their will while they are alive. These results shows the relevance of a public awareness campaign, with the aim of informing and teaching the population about the organ donation process, and also testifies the importance of the health professionals role as opinion leaders, mainly nurses, that encourage families to talk about this subject through lectures and educational activities. This dialogue enables families to get to know each one's choice regards whether or not being an organ donor, and it is also emphasized that the families have total autonomy and legal support regardless their final decision concerning organ donation.

Keywords: Organ donation. Family interview. Transplant.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. ABTO, 2011.

Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/home/home.aspx>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

BOING, Jaci Simão. Avaliação do desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina, 2006-2007. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de concentração: saúde da família)–Universidade do Vale do Itajai, 2008. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObra-Form.do?select_action=&co_auto=87020>. Acesso em: 12 out. 2010.

BRASIL. **Decreto n. 2.268 de 30 de junho de 1997.** Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Decreto_2268_de_30_06_1997.pdf>. Acesso em: 24 out. 2011.

BRASIL. **Lei de alteração da Lei de transplantes n. 10.211,** de 23 de Março de 2001. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/lei0211.htm>>. Acesso em: 30 set. 2011.

_____. **Lei de transplantes n. 9.434, de 4 de Fevereiro de 1997.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm>. Acesso em: 24 ago. 2011.

_____. **Lei ordinária n. 5479, de 10 de agosto de 1968.** Dispõe Sobre a Retirada e Transplante de Tecidos, Órgãos e Partes de Cadaver para Finalidade Terapeutica e Cientifica, e da Outras Providencias. **Diário Oficial da União,** Disponível em: <<http://br.vlex.com/vid/retirada-transplante-cadaver-terapeutica-34172496>>. Acesso em: 23 out. 2011.

_____. **Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 292/2004.** Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>>. Acesso em: 15 out. 2011.

_____. **Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1480/97.** Disponível em: <<http://portalbioetica.com.br/adm/legislacao/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CFM%20MORTE%20ENCEFALICA.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2011.

CNCDO–SC. **Estatísticas.** Santa Catarina, 2009-2010-2011. Disponível em: <<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php>>. Acesso em: 23 out. 2011.

DAIBERT, Monica. **Recusa familiar na Doação de Órgãos na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO / Regional Zona da Mata / Minas Gerais**. 2007. 132 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007. Disponível em: <www.btdt.ufjf.br/tde_arquivos/15/TDE...05.../monicacamposdaibert.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.

FARIA, Carolina. **Transplante de Órgãos**. 2009. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/medicina/transplante-de-orgaos>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

Hellwege, Maren. **Primeiro transplante de coração**. 2007. Disponível em: <<http://www.dw-world.de/dw/article/0,,340975,00.html>>. Acesso em: 22 set. 2011.

HOSPITAL POMPÉIA. **Manual de doação e captação de órgãos e tecidos**. Caxias do Sul: Ed. São Miguel, 2003.

Junqueira, Luiz F. **Primeiro Transplante de coração realizado no Brasil e na América Latina completa 40 anos**. Publicado em 27 de maio de 2008. Disponível em: <<http://inovabrasil.blogspot.com/2008/05/primeiro-transplante-de-corao-realizado.html>>. Acesso em: 25 set. 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Levantamento avalia a situação do câncer no Brasil**. Ministério da saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25441>. Acesso em: 26 out. 2011.

_____. **Sistema Nacional de Transplantes**. Ministério da saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 23 mar. 2011.

PORTAL DO TRÂNSITO BRASILEIRO. **Acidentes – Números**. 2010. Disponível em: <http://www.transitobr.com.br/index2.php?id_conteudo=9>. Acesso em: 23 out. 2011.

Regimento da CIHDOTT/FUNOESC/HUST- 2006, 20 p.