

Doação de órgãos – Uma questão cultural

Existem duas frentes em que as escolas têm um papel fundamental: a prevenção das doenças e a educação para a doação de órgãos.

Histórico dos transplantes

A história contemporânea limita a realização dos transplantes ao século passado, quando aprimoramentos técnicos e, posteriormente, a compreensão de questões imunológicas permitiram que os órgãos fossem substituídos com sucesso. Entretanto, a história antiga reflete nas lendas muito da curiosidade e imaginação do homem quanto aos transplantes, sendo os seres mitológicos como o Minotauro, um ser meio homem meio animal, um exemplo de xenotransplante, quando um órgão de um animal de outra espécie é transplantado no ser humano.

A cultura ocidental, através da religião, atribui aos gêmeos Cosme e Damião, que viveram entre os anos 285 e 305 da era cristã, a realização de um transplante de um membro de um mouro, que recentemente havia falecido, em um homem que teve a perna amputada.

No Brasil, o primeiro realizado com sucesso foi um transplante renal em 1964, coincidindo com um período em que a técnica para a maioria dos transplantes era conhecida, mas a dificuldade no manejo da rejeição levava à morte grande parte dos pacientes transplantados.

Enquanto isso, no mundo, em 1967, era realizado o primeiro transplante de coração, na cidade do Cabo, na África do Sul, pelo Dr. Christiaan Barnard e, no ano seguinte, o primeiro transplante de coração no Brasil foi realizado pelo Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, no Hospital das Clínicas, na Universidade de São Paulo (USP). O Brasil só não foi pioneiro no transplante de coração porque, no ano anterior, o Dr. Zerbini, tendo um paciente com uma doença cardíaca terminal, solicitou autorização do diretor do hospital para a realização do transplante. Quando foi inquirido sobre sua experiência, ele relatou que havia treinado inúmeras vezes, mas apenas em animais, tendo, então, seu pedido negado. Quando, alguns anos depois, o Dr. Zerbini teve um encontro com o Dr. Barnard, questionou como ele havia feito o seu treinamento antes do transplante pioneiro de coração, momento em que o Dr. Barnard confidenciou que, assim como Zerbini, ele havia treinado apenas em animais.

Apesar do desejo crescente pelo domínio da técnica e das pesquisas realizadas, a dificuldade em fazer com que o organismo do receptor aceitasse o

órgão transplantado, sem enxergá-lo como um intruso, permanecia como o grande desafio. Foi então que, buscando criar novos antibióticos, pesquisadores estavam estudando um novo tipo de fungo e perceberam que este produzia uma substância que inibia, em parte, a resposta imunológica no organismo, reduzindo a rejeição ao órgão transplantado. Dessa forma, surgiu, no final dos anos 70, a ciclosporina, uma potente droga imunossupressora, que permitiu que os transplantes avançassem no mundo todo e passassem a ser vistos como uma alternativa eficaz no tratamento de doenças em estágio avançado.

No ano de 1983, o Grupo de Transplantes Pulmonares de Toronto, no Canadá, realizou o primeiro transplante de pulmão bem-sucedido da era pós-ciclosporina, um transplante considerado bastante complicado pelos altos índices de rejeição e de infecção, pois precisamos lembrar que o pulmão é o único órgão que tem contato direto com o meio externo. Poucos anos depois, em 1989, o primeiro transplante de

pulmão do Brasil foi realizado pelo grupo da Santa Casa de Porto Alegre.

A partir daí, no Brasil, surgiram inúmeros centros interessados na realização de transplantes de múltiplos órgãos. Em 1986 foi criada a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), entidade que visa agregar os profissionais que trabalham com transplantes e estimular a pesquisa e a troca de conhecimentos na área dos transplantes.

O Brasil tem hoje um dos maiores serviços públicos de transplantes do mundo, com mais de 90% dos transplantes realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), realizando, anualmente, cerca de 19.000 transplantes de órgãos.

Quando e como é realizado um transplante?

O transplante é indicado quando um órgão está tão doente que não é mais capaz de manter a função para a qual foi destinado. Nesse caso, a pessoa é encaminhada para uma avaliação em um centro especializado em trans-

plantes, onde é submetida à avaliação por uma equipe multidisciplinar que inclui nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos. Dependendo dos resultados dos exames realizados, será incluída em uma lista de espera.

Nem todos os órgãos têm, necessariamente, que ser substituídos quando param de funcionar. Uma pessoa que tenha uma doença renal grave pode ter as funções de filtração do rim executadas por meio de uma máquina. Quando o rim para de funcionar, a pessoa pode ter sua vida mantida por um tempo indeterminado, com uma qualidade razoável, desde que se submeta a sessões de hemodiálise três a quatro vezes por semana.

Para outros órgãos, como coração, pulmões e fígado, a realidade é outra. Esses órgãos não têm substitutos e, a menos que surja a oportunidade de um transplante, a pessoa terá sua vida abreviada.

Após a inclusão em lista de espera, há um tempo estimado que varia de poucos meses a mais de um ano, até

Foto: José Doval / Divulgação Grêmio



que surja um doador compatível.

Nesse período de espera, o paciente fica em contato permanente com a equipe de transplantes e, em alguns casos, é necessária, até mesmo, uma mudança de cidade, para que fique perto do centro transplantador. Assim, quando surgir um doador compatível, poderá ser conduzido rapidamente ao centro cirúrgico, já que alguns órgãos têm um tempo de vida fora do corpo muito curto, ou seja, após serem retirados do doador, devem ser implantados no receptor em um prazo de poucas horas.

No caso do rim, há um diferencial, por ser um órgão que temos duplicado: a falta de um não acarreta prejuízo para a saúde. No caso do rim, há um diferencial, pois este é um órgão duplicado no organismo. Quando há uma pessoa na família do receptor que tenha compatibilidade sanguínea, desprendimento e um coração bondoso é possível a realização do transplante com o que chamamos de doador vivo. Hoje, no Brasil, a escassez de doadores faz com que mais da metade dos transplantes de rins realizados utilize um doador vivo.

O transplante dos demais órgãos necessita de um doador cadáver, já que a retirada total de um dos órgãos acarreta danos à saúde do doador, como no caso do pulmão, ou é mesmo impossível, como no caso do coração e do fígado.

Mais recentemente, devido à escassez de doadores falecidos e à alta mortalidade de pacientes em lista de espera, alguns centros desenvolveram técnicas cirúrgicas em que

Precisamos trazer para as escolas, de uma forma continuada, disciplinas de educação para a saúde e, também, para a cultura da doação de órgãos.

uma parte de um órgão é retirada de um familiar e utilizada para substituir o órgão doente no receptor. Esse tipo de transplante é possível para o fígado, pois a metade do órgão pode ser doada para substituir o órgão doente, e para os pulmões, porque dois doadores têm uma parte de um dos seus pulmões retirada e cada parte irá substituir um dos pulmões do receptor. Essa técnica é, em geral, empregada em receptores pediátricos, que por serem de tamanho menor, compatibilizam o transplante.

Pela lei, o transplante com doador vivo só é permitido entre parentes até o quarto grau, tendo a vantagem de ser feito de forma eletiva e de retirar mais precocemente o receptor da lista de espera e do sofrimento, mas tem como contraponto a necessidade de submeter indivíduos saudáveis a um processo cirúrgico complexo, não isento de riscos. Por essa razão, o ideal é haver um número suficiente de doadores falecidos para suprir toda a necessidade de órgãos.

Um aspecto importante quando falamos em doação é que, geralmente, pensamos em um processo cirúrgico complicado como foi descrito até aqui. O que esquecemos é que todos nós

podemos ser doadores de sangue ou de medula em um processo extremamente simples e que é vital para a recuperação e manutenção da vida de muitas pessoas.

Quem se dispõe a doar a medula deve se inscrever em um hemocentro, preencher um cadastro e retirar uma amostra de 5ml de sangue. Esse material vai para um sistema informatizado que cruza os dados do doador com os pacientes que estão aguardando por um transplante de medula. O grande problema é a compatibilidade das células do doador com as do receptor. Havendo a compatibilidade, o doador é chamado para realizar a doação, que consiste na aspiração de um líquido dos ossos da bacia. O procedimento é ambulatorial e não acarreta danos para o doador, que imediatamente volta a sua rotina normal. Para o receptor, pode ser a diferença entre a vida e a morte.

Infelizmente, a chance de compatibilidade é de uma em 100 mil, razão pela qual quanto maior o número de pessoas cadastradas maior será a possibilidade de encontrar alguém compatível. A doação de sangue é ainda mais simples e serve para ajudar as milhares de pessoas que, a cada dia,

são submetidas a cirurgias ou sofrem acidentes graves.

O doador falecido e a legislação para a doação

O processo todo do transplante parte, obrigatoriamente, da existência de um doador que, na maioria das vezes, é o que chamamos de doador falecido, ou doador cadáver.

O doador cadáver é um indivíduo que teve uma lesão cerebral grave e que evoluiu para a morte encefálica. Morte encefálica significa ausência total das funções cerebrais, não havendo mais fluxo sanguíneo para manter a atividade e a viabilidade das células do tecido nervoso. Esse dano é irreversível e, embora essa condição seja perfeitamente estabelecida por meio de um exame clínico, no Brasil, ela é obrigatoriamente comprovada por um exame de imagem que mostre a ausência total de irrigação sanguínea cerebral. Nesse momento, o indivíduo tem declarado oficialmente o óbito.

Essa situação é completamente diferente da condição do indivíduo em coma. Não são raros os relatos de pessoas que, mesmo após um tempo longo em coma, acordaram. Embora nas duas situ-

ações o indivíduo esteja desacordado e respirando com ajuda de máquinas, a diferença absoluta é que, na condição de coma, o fluxo sanguíneo cerebral está normal, mantendo a viabilidade das células nervosas, situação que não ocorre na morte encefálica.

A dúvida que permanece e aflige familiares nesse ponto é: por que então o coração continua a bater? Nessa situação, os batimentos cardíacos, a oxigenação e as demais funções são mantidos artificialmente por meio de máquinas e medicações, condição que pode durar de algumas horas até poucos dias.

E por que não podemos esperar até que o coração pare de bater para realizar a retirada dos órgãos? Embora estudos já permitam a utilização do chamado doador em parada cardíaca, quando o sangue para de circular, além de ocorrer uma coagulação do sangue dentro dos órgãos, não existe mais a oxigenação dos tecidos. Isso leva à morte das células, o que fará com que o órgão não funcione se for implantado em um receptor.

Para que tenhamos uma ideia do número de potenciais doadores, há estudos que mostram que o número estimado de pessoas em situação de morte encefálica é de 50-60 para cada 1 milhão

de habitantes/ano. Acredita-se que, no Brasil, por ser um país com número alto de mortes por acidentes e ferimentos por arma de fogo, esse número se aproxime de 100 para cada 1 milhão de habitantes/ano. Desses, almeja-se uma taxa em torno de 50% de efetivação da doação, o que daria em torno de 30 doadores por milhão de habitantes/ano (pmp/ano). Esse número só é aproximado na Espanha, país com a maior taxa de doação no mundo. Os demais países desenvolvidos têm uma taxa variável entre 15 e 25 doadores (pmp/ano) e, no Brasil, esse número fica em torno de 6,5 doadores (pmp/ano).

Buscando incentivar e favorecer a doação de órgãos, em 1998 criou-se uma lei que estabelecia a doação presumida, ou seja, todos seriam doadores, salvo quando expressasse vontade contrária em vida, o que era feito através de um selo na carteira de identidade. O que tinha o objetivo de aumentar a doação mostrou um efeito completamente contrário, criando certo pânico nas pessoas, que buscaram, em massa, o selo com a negativa da doação. Essa lei praticamente nunca entrou em vigor, visto que os médicos jamais deixaram de respeitar a vontade da família, mas não deixa de ser um exemplo da desinformação que ainda existe no país com o assunto da doação.

Hoje, no Brasil, a doação é um ato voluntário e decidido pela família do indivíduo em morte encefálica. Mesmo nos casos em que o desejo de doação foi expresso em vida, havendo negativa da família a doação não é efetivada. Por essa razão, precisamos criar uma cultura de doação de órgãos com escl-

O desafio é evitar que os jovens saudáveis de hoje cometam os mesmos erros do passado, deixando sua saúde ir embora de forma irresponsável.

recimento da população e clareza quanto à imensidão do gesto da doação. A vontade de doar deve ser discutida em vida de uma forma clara e sem preconceitos, pois, só assim, os familiares, diante do sofrimento de uma perda brusca, não terão dúvidas quanto a uma decisão difícil, pois terão apenas que respeitar a vontade, manifestada em vida, do seu familiar.

Papel da escola na educação para o transplante

No Brasil são realizados cerca de 19 mil transplantes de múltiplos órgãos por ano, número ainda muito inferior ao de 70 mil pessoas que estão em listas de espera por um transplante. Dessa forma, muitos morrerão antes mesmo de terem a chance de uma nova vida.

O que podemos fazer para mudar essa realidade?

Existem duas frentes em que as escolas têm um papel fundamental: a prevenção das doenças e a educação para a doação de órgãos. Precisamos evitar que os jovens saudáveis de hoje cometam os mesmos erros do passado, deixando sua saúde ir embora de forma irresponsável. Muitos hábitos nocivos

foram estimulados de uma forma vergonhosa. Quantas pessoas viraram tabagistas apenas para entrar em uma turma, parecerem adultas mais cedo ou mesmo esperando alcançar o sucesso? Ou vamos esquecer que cada vez que víamos ou ouvíamos uma propaganda do Hollywood, o Sucesso sentíamos um frio na barriga e uma pontadinha de inveja de pessoas bonitas, saudáveis e aparentemente felizes se aventurando pelo mundo?

Hoje, além de ser o causador do câncer que mais mata homens e mulheres no mundo todo e estar diretamente relacionado à ocorrência de doenças vasculares, cardíacas e cerebrais, o cigarro também é responsável pela metade dos cerca de 20 mil transplantes de pulmão realizados no mundo.

Mudar hábitos é uma tarefa difícil, pois é pouco compreensível para os jovens, que se veem vivendo uma vida ilimitada, compreenderem as repercussões de um dano que, se ocorrer, se manifestará só dali a 20 ou 30 anos.

Lembro de um paciente transplantado de pulmão, próximo aos 70 anos, que maldizia os anos de tabagismo do passado e, para o qual, tentava eu explicar que, a culpa, nesse

momento, era apenas um sofrimento a mais, já que, na época, havia um grande desconhecimento sobre a gravidade do tabagismo.

Hoje, além de ter os malefícios absolutamente conhecidos, muitos dos jovens que, irresponsavelmente, fumam têm na família alguém muito próximo sofrendo os danos do cigarro, mas nem isso parece capaz de assustá-los. Também o uso de outras drogas, entre elas as lícitas como o álcool, é responsável, direta ou indiretamente, por muitas das doenças que levam a lesões hepáticas, cardíacas e renais, provocando danos que podem evoluir para a falência dos órgãos, tornando o transplante a única possibilidade viável de manutenção da vida.

O cuidado e a orientação para os jovens quanto aos seus atos é, provavelmente, o aspecto mais importante na educação para o transplante, pois estaremos buscando diminuir, no futuro, a ocorrência de doenças e, por consequência, a necessidade de transplantar.

Entretanto, algumas doenças se desenvolvem independentemente de hábitos ou cuidados que as pessoas venham a ter, como é o caso de algumas doenças pulmonares como a fibrose cística e de várias doenças renais, hepáticas e cardíacas. Para essas pessoas o transplante e, principalmente, a existência de um doador, continua sendo a única alternativa de vida. Enquanto não surge um doador, a permanência em lista de espera é um tempo de sofrimento físico e psicológico para o paciente e seus familiares.

Nos últimos anos, muitos grupos

A doação é um processo em que um só doador é capaz de devolver para muitas pessoas a capacidade de enxergar, respirar, voltar a ter um coração batendo: viver novamente.

de apoio aos transplantes e entidades não governamentais vêm trabalhando em conjunto com os órgãos oficiais buscando aumentar o número de doadores por meio de campanhas na mídia. Observamos que, durante a realização de campanhas para doação ou no período em que ocorre um fato extraordinário – como quando algum tempo atrás uma menina foi assassinada e sua família doou os órgãos ou quando um famoso ator passou por um transplante cardíaco –, a sociedade responde com um aumento temporário na taxa de doação, o que acaba não se sustentando por muito tempo e logo voltando aos índices habituais. Isso demonstra a necessidade de estímulos constantes e que não existe uma ideia já estabelecida para a doação.

O Brasil, por ser um país continental e ter uma cultura heterogênea, também enfrenta o desafio da unificação de um pensamento em prol da doação, pois temos estados em que a doação tem índices próximos a países desenvolvidos e, outros, em que ela é pífia. O Rio Grande do Sul, estado que já foi o líder em doação por milhão de habitantes, hoje foi ultrapassado por São Paulo e Santa Catarina, estados que estão com uma política mais atuante de captação de órgãos.

Precisamos trazer para as escolas, de uma forma continuada, disciplinas de educação para a saúde e, também, para cultura da doação de órgãos. A criação de uma mentalidade que proteja a saúde e estimule a doação é a maneira de, no futuro, diminuir o número de pessoas que sofrem de doenças previsíveis e de minimizar o sofrimen-

to daquelas que estejam em listas de espera por um órgão. Infelizmente, mesmo em escolas ligadas a áreas da saúde, ainda não existe a regularidade de uma disciplina que trate do assunto da doação e do transplante e muitos profissionais se formam sem conhecimento adequado sobre o tema. Só recentemente algumas faculdades de medicina incluíram no seu currículo uma disciplina direcionada para os transplantes.

Um aspecto a ser abordado em relação à educação para os transplantes é que, embora algumas pessoas relutem em ser doadores, muito pouca gente tem dúvida quanto a receber um órgão se houver necessidade. O que não sabem é que a chance de que um indivíduo venha a necessitar de um órgão é quase três vezes maior do que a de ele se tornar um doador.

É preciso salientar que a doação não termina com a retirada dos órgãos. Na verdade, a doação é um processo em que um só doador é capaz de trazer de volta para muitas pessoas a capacidade de enxergar, de respirar, de voltar a ter um coração batendo, ou seja, viver novamente. Muitos pacientes transplantados consideram a data do transplante como o dia do seu renascimento.

Doação e transplante são temas inquietantes, com questões culturais profundas. Quando educamos uma sociedade para a prática da doação, estamos criando uma sociedade mais humana, mais solidária, enfim, mais fraterna, o que, certamente, vai refletir no comportamento diário de cada cidadão.

Bibliografia

GARCIA, Valter Duro; FILHO, Mario Abbud; NEUMANN, Jorge; PESTANA, José O. Medina. Transplante de órgãos e tecidos. 2ª ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006.

GARCIA, Valter Duro. A política de Transplantes no Brasil. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 50 (4): 313-320, out/dez. 2006.

SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES: [HTTP://dtr2001.saude.gov.br/transplantes](http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes) (02 de setembro de 2009).

TORONTO LUNG TRANSPLANT GROUP- UNILATERAL LUNG TRANSPLANTATION FOR PULMONARY FIBROSIS. The New England Journal of Medicine, Waltham, Massachusetts (EUA), Vol. 314:1133-1139. Maio, 1996.

UNOS, United Network for Organ Sharing: www.unos.org (02 de setembro de 2009).

