



## UPDATING ARTICLE

### ISSUES INVOLVED IN TRANSPLANTATION OF ORGANS AND TISSUES: HISTORICAL, ETHICAL, LEGAL, EMOTIONAL ASPECTS AND ITS INFLUENCE IN THE QUALITY OF LIFE

#### TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: ASPECTOS HISTÓRICOS, ÉTICO-LEGAIS, EMOCIONAIS E REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DE VIDA

#### TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS: ASPECTOS HISTÓRICOS, ÉTICO Y JURÍDICO, EMOCIONALES Y EL IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Patricia Madruga Rêgo Barros<sup>1</sup>, Ednaldo Cavalcante de Araújo<sup>2</sup>, Luciane Soares de Lima<sup>3</sup>

#### ABSTRACT

**Objective:** to present the scientific production on quality of life, some historical, ethical, legal and emotional involving the transplantation of organs and tissues. **Method:** this is a descriptive and exploratory study that it was sought in Medline, Scielo and Lilacs, involving adults, to search using the following descriptors depression, quality of life, transplantation of kidney and chronic disease as well as consultation on text books and articles cited in the references obtained in the review. **Results:** the scientific production presented had two relevant aspects: the significant technological and evolution and policies concerned with the transplantation of organs and tissues in Brazil and the evidence of an insignificant value people give to emotional and social aspects in patient's life quality. It was also observed a disproportional between the number of viable organs and the crescent waiting list, related to the failure in the notification of cases of cerebral deaths and to the failure in approaching the families to donate the organs of their family member. **Conclusion:** Despite the also technological development of dialysis treatment, renal transplantation has been described as the best option in order to provide better quality of life for chronic kidney patient. But it is valid to emphasize that, like any treatment, the transplant has implications that need to be clarified in order to avoid future frustrations and complications or emotional and psychological. **Descriptors:** depression; quality of life; organ transplantation; chronic disease.

#### RESUMO

**Objetivo:** apresentar a produção científica sobre qualidade de vida e alguns aspectos históricos, éticos, legais e emocionais que envolvem os transplantes de órgãos e tecidos. **Método:** estudo descritivo e exploratório, no qual foram realizadas consultas nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, envolvendo adultos, utilizando os seguintes descritores: depressão, qualidade de vida, transplante de órgãos e doença crônica, além de consulta a livros-texto. Todos os artigos pesquisados foram lidos e analisados, sendo selecionados aqueles com similaridade ao tema. **Resultados:** evidenciaram-se dois aspectos relevantes: 1) a significativa evolução tecnológica e de políticas públicas voltadas para os transplantes de órgãos e tecidos, no Brasil; 2) pequena valorização dos aspectos emocionais e sociais, com repercussões psíquicas e na qualidade de vida dos pacientes; também, desproporção entre o número de órgãos viáveis para transplante e a crescente lista de espera, relacionada à falha na notificação dos casos de morte encefálica e na abordagem para solicitação da doação. **Conclusão:** apesar dos avanços no tratamento dialítico, o transplante renal vem sendo apontado como a melhor opção, tendo em vista proporcionar melhor qualidade de vida para o paciente com insuficiência renal crônica. **Descritores:** depressão; qualidade de vida; transplante de órgãos; doença crônica.

#### RESUMEN

**Objetivo:** presentar la producción científica sobre la calidad de vida y algunos aspectos históricos, éticos, legales y emocionales que impliquen el trasplante de órganos y tejidos. **Método:** para realizar la búsqueda se celebraron neste estúdio exploratório y descritivo consultas en las bases de datos Medline, Lilacs y Scielo dirigidas a los adultos, utilizando los siguientes descriptores: la depresión, la calidad de vida, el trasplante de órganos y las enfermedades crónicas, además de consultar los libros de texto. **Resultados:** la prueba de dos aspectos: 1) los importantes avances tecnológicos y las políticas públicas dirigidas a los trasplantes de órganos y tejidos, en Brasil, 2) baja recuperación de los aspectos emocionales y sociales, con consecuencias psicológicas y la calidad de vida pacientes, también, una desproporción entre el número de órganos viables para el trasplante y la creciente lista de espera, en relación con la falta de notificación de la muerte cerebral y el enfoque de la solicitud de donación. **Conclusión:** a pesar de los avances en el tratamiento de diálisis, el trasplante renal ha sido descrita como la mejor opción con el fin de proporcionar una mejor calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica. **Descritores:** depresión; la calidad de vida; el trasplante de órganos; las enfermedades crónicas.

<sup>1</sup>Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em nefrologia na área de enfermagem. Enfermeira do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: [patricia-madruga@hotmail.com](mailto:patricia-madruga@hotmail.com); <sup>2</sup>Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Pós-doutor pela Université Rene Descartes. Departement des Sciences Sociales. Faculté des Sciences Humaines et Sociales – Sorbonne/Paris V, France. E-mail: [ednenjp@gmail.com](mailto:ednenjp@gmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: [lucianesi2001@yahoo.com.br](mailto:lucianesi2001@yahoo.com.br). Orientadora da dissertação.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos transplantes e sua aplicação no tratamento de doenças terminais de alguns órgãos converteram-se em um dos temas de maior êxito na história da medicina. Os avanços no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos, além da introdução de drogas imunossupressoras mais modernas e de soluções de preservação mais eficientes, contribuíram para melhorar os resultados dos transplantes.<sup>1</sup>

No entanto, é importante mencionar que a evolução técnico-científica não pode suplantiar os aspectos emocionais e psicossociais durante a condução dos processos terapêuticos.<sup>1</sup> Essa temática vem sendo cada vez mais valorizada em pesquisas científicas, sendo observado maior quantitativo de artigos que abordam tais aspectos, considerados como causadores ou potencializadores de problemas no âmbito da saúde.<sup>3-8</sup>

Os aspectos éticos também são muito importantes nesse contexto. O transplante, como todo avanço técnico-científico que traz benefícios significativos, como também problemáticas éticas que devem ser discutidas.<sup>9</sup>

No que diz respeito aos pacientes que se submeteram a um transplante renal, na prática diária, em uma unidade de transplante, foram percebidos sentimentos e atitudes como: irritabilidade, revolta, culpa, arrependimento, tristeza, ansiedade; observaram-se também agressão verbal e física, evasão hospitalar, abandono do tratamento, verbalização do desejo de morte e tentativas de suicídio. Acredita-se que tais sentimentos e comportamentos possam estar atrelados a um manejo inadequado na etapa pré-operatória dos transplantes, assim como durante o internamento, necessitando de abordagem mais humanística para esses pacientes.<sup>4-10</sup>

A decisão de fazer um transplante de órgão não é fácil, pois envolve uma série de questões que precisam ser levadas em consideração, como características socioeconômicas, cognitivas, culturais, ideológicas e religiosas, bem como a valorização dos medos, das dúvidas, dos anseios e perspectivas de cada paciente, por uma equipe multiprofissional que tenha um olhar para o indivíduo e não somente para a doença.<sup>2,10-2</sup>

O conjunto desses fatores pode repercutir positiva ou negativamente na qualidade de

vida dos pacientes, tendo em vista que o seu significado é diferenciado para cada indivíduo.  
13-5

Inquietante é o pouco conhecimento ou o conhecimento errôneo do paciente em relação à cirurgia a que será submetido: o risco no ato cirúrgico, as complicações clínicas e cirúrgicas no pós-operatório, a possibilidade de perda do enxerto, a necessidade eventual de sessões de hemodiálise (mesmo após o transplante), as restrições alimentares, o quantitativo de medicações, o acompanhamento ambulatorial frequente, a espera pelo atendimento, a necessidade de realização de exames laboratoriais periódicos, o internamento, por vezes frequente, bem como, a restrição de acompanhantes.<sup>15</sup> São muitas as questões a serem assimiladas pelo paciente e sua família, e essas alterações repentinas em suas vidas precisam ser valorizadas pela equipe da saúde.<sup>10</sup>

A relevância desse tema está relacionada a um dos mais complexos aspectos éticos inerentes aos transplantes de órgãos. Muitos pacientes relatam suas dúvidas sobre a incerteza quanto à morte do doador do órgão que ele recebeu, o que gera ansiedade, medo e insegurança em relação a fazer ou não o transplante. O fato de o paciente saber que tem um órgão que não lhe pertence e que uma pessoa teve que morrer para que ele pudesse viver parece aumentar a carência afetiva.

Assim, foi estabelecido como objetivo deste estudo apresentar a produção científica sobre qualidade de vida e os aspectos históricos, éticos, legais e emocionais que envolvem os transplantes de órgãos e tecidos.

## MÉTODO

O estudo é de natureza descritiva-exploratória, foi realizada uma revisão de literatura que evidenciasse a significativa evolução tecnológica e de políticas públicas voltadas para os transplantes de órgãos e tecidos no Brasil e mostrasse a pequena valorização dos aspectos emocionais e sociais, antes, durante e após o transplante, assim como as repercussões psíquicas e na qualidade de vida dos pacientes. Todos os artigos pesquisados foram lidos e analisados pela autora, sendo selecionados aqueles com maior similaridade com o tema. O período de coleta de dados se desenvolveu de 10/09/2007 a 29/11/2008 nas seguintes bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic) e Medline (Library National of Medicine) envolvendo adultos, utilizando os seguintes descritores:

Barros PMR, Araújo EC de, Lima LS de.

depressão, qualidade de vida, transplante de órgãos e doença crônica, além de consulta a livros-texto. Na base de dados LILACS encontrou-se: 219 artigos sobre depressão e qualidade de vida; três sobre depressão, qualidade de vida e transplante; dois sobre depressão, qualidade de vida e transplante renal e 01 sobre depressão, qualidade de vida e renais crônicos. Na base de dados Medline encontrou-se: 210 artigos sobre depressão e qualidade de vida no paciente renal; 168 artigos sobre depressão, qualidade de vida e transplante e 40 artigos sobre depressão, qualidade de vida e transplante renal. Na base de dados SCIELO encontrou-se: 127 artigos sobre depressão e qualidade de vida, 03 sobre depressão, qualidade de vida e transplante e um sobre depressão, qualidade de vida e transplante renal. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o CAAE-0049.0.172.000-07.

## REVISÃO DE LITERATURA

### ● Aspectos históricos

O transplante de órgãos foi objeto de muitas tentativas, ao longo de alguns séculos, sem, contudo nenhuma possibilidade de êxito, face ao desconhecimento dos fenômenos biológicos envolvidos na interação do receptor com o enxerto.<sup>16</sup>

Há relatos antigos abordando este tema na literatura, desde a Medicina Ayurvédica na Índia, e na Grécia, porém, foi durante a Segunda Guerra Mundial que ficou definida as principais bases biológicas do transplante, denominadas “leis do transplante”. Nesse período, Peter Medawar e Thomas Gibson realizaram experimentos com transplante de pele, em indivíduos com queimaduras decorrentes da guerra, e descreveram o processo de rejeição e de não-rejeição, quando utilizado enxerto de outro indivíduo e do mesmo indivíduo, respectivamente.<sup>16</sup>

Em 1890, foi realizado o primeiro autotransplante de tecido ósseo, pelo escocês Macewen.<sup>1</sup> Apenas em 1905, deu-se início aos primeiros transplantes de órgãos e tecidos com caráter experimental, tendo como mentor o francês Dr. Alexis Carrel, que em 1912 recebeu o Prêmio Nobel pelo trabalho realizado.<sup>18</sup> Em 1954, foi descrito o primeiro transplante renal bem sucedido, entre gêmeos univitelinos, realizado por Joseph Murray.<sup>17</sup>

Em 1963, ocorreu a primeira tentativa de transplante de fígado em humanos, nos Estados Unidos, em Denver, por Thomas Starzl. A paciente era uma criança de três anos, com atresia de vias biliares, que faleceu

Issues involved in transplantation of organs and...

durante a cirurgia, por alterações na coagulação sanguínea. A segunda tentativa ocorreu meses depois, realizada pelo mesmo cirurgião. Desta vez, em um homem, que morreu, vinte dias após a cirurgia, por tromboembolismo.<sup>19</sup>

De 1963 a 1967, foram realizadas várias tentativas em diferentes países, sendo que neste último ano se obteve o primeiro resultado favorável de transplante hepático, em uma menina de dois anos, com colangiocarcinoma. A paciente faleceu 13 meses depois, porém, em decorrência das metástases da doença original.<sup>19</sup> Ainda em 1967, foram apresentados os quatro primeiros sobreviventes de transplante de fígado, com o objetivo de obter o apoio da população para incentivar a doação de órgãos.<sup>19</sup>

Também neste ano, foi descrito o primeiro transplante cardíaco, por Barnard e seus colaboradores, no Groote Schuur Hospital, na cidade do Cabo, África do Sul, em um paciente com falência ventricular esquerda. Um ano após os primeiros transplantes (cardíacos e hepáticos) no exterior, ocorreu o primeiro transplante cardíaco efetivo no Brasil, realizado pelo professor Zerbini, mais precisamente em 26 de março de 1968.<sup>18</sup>

Em 1971, foi realizado o primeiro transplante renal intervivos não-consanguíneos no Brasil, no Hospital Sírio Libanês, em São Paulo.<sup>20</sup>

Vale ressaltar também a importância e o histórico das drogas imunossupressoras no processo de evolução dos transplantes. Ao longo de três décadas (1955 a 1985) foram introduzidas novas drogas imunossupressoras: corticóides, azatioprina, globulina antilinfocitária, ciclosporina e OKT3, com o intuito de reduzir os índices de rejeição, aumentando, assim, a sobrevida dos transplantados. Nos transplantes cardíacos a utilização da ciclosporina aumentou em 75% a 80% a sobrevida dos pacientes.<sup>18</sup>

Também em 1985, foi realizado o primeiro transplante de fígado bem sucedido da América Latina, no Hospital das Clínicas de São Paulo, em uma mulher de 20 anos, portadora de um tumor primário de fígado. Esta paciente faleceu 13 meses depois, em decorrência da recidiva da doença original.<sup>19</sup>

O segundo grupo a realizar transplante de fígado com sucesso, no país, foi o do Instituto da Criança, em 1989, do Hospital das Clínicas de São Paulo. A partir daí, outros Estados passaram a realizar o procedimento.<sup>19</sup>

A evolução da ciência proporcionou à população avanços significativos no campo da saúde. No entanto, aspectos políticos e sociais

Barros PMR, Araújo EC de, Lima LS de.

Issues involved in transplantation of organs and...

que envolvem os transplantes podem estar dificultando o acesso de um maior número de indivíduos aos benefícios técnico-científicos alcançados.

### ● Aspectos legais e éticos

O Brasil é um país privilegiado, no que diz respeito à legislação para transplantes de órgãos, por dispor de leis abrangentes que oferecem segurança tanto aos transplantadores como aos usuários. Até 1997 não havia, no Brasil, uma política de governo voltada para os transplantes. Hoje, já se pode afirmar que existe um acesso amplo e democrático, que independe do nível socioeconômico-cultural dos pacientes que necessitam desses procedimentos.<sup>16</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece cobertura integral para os procedimentos relacionados ao transplante, que incluem o acompanhamento pós-cirúrgico, inclusive com o fornecimento dos imunossuppressores e medicações de suporte, por período indeterminado. Nos EUA, por exemplo, a previdência e os planos de saúde dão cobertura parcial (apenas para os imunossuppressores) e ainda por um tempo limitado, após o transplante.<sup>16</sup>

No entanto, ainda existem algumas dificuldades a serem contornadas, como o tempo de permanência na fila de espera para o transplante. Provavelmente, esse fato pode ser devido à deficiência nas notificações às centrais de transplante e ao não aproveitamento de uma parte dos órgãos doados.<sup>16</sup> Tais fatos podem estar relacionados à falha dos profissionais de saúde em identificar potenciais doadores e na abordagem para solicitação da doação<sup>20</sup>, além da falta de esclarecimento da população sobre o assunto, motivos religiosos, e da insegurança da população quanto à eficácia dos serviços públicos.<sup>21</sup>

O momento da doação é de fundamental importância, constitui uma etapa complexa, pois envolve sentimentos, aspectos éticos e legais, sendo necessário, portanto, uma equipe de profissionais treinada e familiarizada com o assunto em questão.<sup>20</sup>

Com a redução do número de doadores viáveis, falecidos, aumenta consideravelmente o número de doadores vivos, para tentar suprir a demanda reprimida.<sup>20-1</sup> Porém, este fato não faz parte apenas da realidade brasileira, pois países reconhecidamente dotados de maiores recursos técnicos e financeiros também ainda não conseguiram reduzir, ainda, a fila de espera.<sup>16</sup>

*Os sistemas de transplantes são, atualmente, vítimas de seu próprio sucesso.*<sup>22</sup> A medida que as listas de espera se alongam, em contraste com a disponibilidade de órgãos, que permanece estável, ocorre um elevado número de mortes nestas filas de espera. Para tentar reverter essa situação, a comunidade de transplante está revendo os critérios de aceitabilidade de doadores, desenvolvendo novas estratégias para obtenção de órgãos, passando a aceitar casos de captação após a parada circulatória, doadores marginais (doadores que estão fora dos critérios ótimos para doação) e a chamada doação intervivos.<sup>22</sup>

A respeito da legislação brasileira, a primeira lei elaborada com a finalidade de regulamentar as atividades de transplantação de órgãos foi a Lei nº 5.479, publicada em agosto de 1968. Até o início da década de 80, os transplantes permaneceram com um caráter acadêmico, ou seja, restritos às pesquisas clínicas. Apenas com o surgimento de novas terapêuticas imunossupressoras, foi que o transplante, pôde ser considerado uma real opção para os pacientes com insuficiência renal crônica. Fora das universidades e com o apoio governamental, foram iniciadas as ações de implantação, planejamento e regulamentação dos transplantes, devido à cobrança da sociedade para que todos tivessem os mesmos direitos de usufruir desse benefício. Com o aumento da demanda, foram necessárias algumas mudanças, dentre elas a modernização da lei de 1968, que não incluía, por exemplo, o conceito de morte encefálica.<sup>16</sup>

Em 1987, foi criado o Sistema Integrado para Assistência Médica de Alta Complexidade, a fim de planejar e regulamentar a diálise e os transplantes, sendo denominado em 1990, Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), abrangendo outros tipos de transplantes, além do renal. Houve também a incorporação da associação de pacientes e de outros profissionais. Este Sistema foi extinto em 1992, ano em que foi modificada a lei dos transplantes (Lei nº 8.489). Essa lei apenas foi regulamentada em 1993, por meio do Decreto nº 879, de 22 de julho, que tornou obrigatória a notificação, em caráter de emergência, de todos os casos de morte encefálica.<sup>16</sup>

Desde então, qualquer serviço público ou privado que diagnostique pacientes em morte encefálica deve notificar as Centrais de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), para que sejam incluídos como potenciais doadores de órgãos. Além disso, para que se possa utilizar um órgão para

Barros PMR, Araújo EC de, Lima LS de.

transplante, os familiares devem concordar com a doação.<sup>16</sup>

Depois de estabelecido o diagnóstico de morte encefálica os profissionais estão liberados para atuar diante dos familiares ou doadores legais e procederem à solicitação dos órgãos, seguida da assinatura, no termo de doação, do responsável e de duas testemunhas (não participantes da equipe transplantadora ou de captação neurológica).<sup>20</sup>

Em 1997, por meio da Resolução nº 1.480, do Conselho Federal de Medicina, pacientes pediátricos foram contemplados nos critérios de morte encefálica. Neste mesmo ano, foi sancionada a Lei nº 9.434, que instituiu a doação presumida de órgãos no país, pela emissão de carteiras de identidade civil. Por meio dessa lei, ficou definido que todas as pessoas deveriam citar, na carteira de identidade e na carteira nacional de habilitação, o desejo de doar ou não os órgãos, em caso de morte.<sup>16</sup>

A referida lei causou grande impacto na população, o que suscitou uma mobilização da classe médica, de pacientes e entidades representativas, que levou à promulgação da Lei nº 10.211, que acabou com a doação presumida.<sup>16</sup>

Em 1997, instituiu-se o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) para desenvolver o “processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas”.<sup>16</sup> Meses após, implantou-se o Sistema Estadual de Transplantes, responsável pela criação de cadastros técnicos para os candidatos a receber órgãos de cadáver, pela regionalização dos cadastros de rim e fígado, pela centralização e distribuição dos órgãos captados, adotando os critérios determinado pela legislação, incluindo a compatibilidade Antígeno Linfocitário Humano (HLA) para os transplantes renais e também pela criação de organizações de procura de órgãos para descentralizar a procura e o preparo de doadores.<sup>16</sup>

Os anos de 1997 e 1998 foram de grande movimentação na área dos transplantes, pois houve uma maior participação da sociedade, destacando-se a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.<sup>1</sup> Em 1998, foram instituídas algumas Portarias Ministeriais, referentes à gestão dos transplantes; a portaria de nº 3.407, aprovou o regulamento técnico sobre as atividades de transplantes e a Coordenação Nacional de Transplantes. A portaria nº 3.410 estabeleceu as tabelas para pagamento da busca e preparo do doador, das cirurgias de implante dos órgãos removidos e

Issues involved in transplantation of organs and...

do seguimento ambulatorial pós-transplante, correspondendo a um dos mais importantes passos na história dos transplantes, pois, no Brasil, até então só havia cobertura para os transplantes com doadores vivos.<sup>1</sup>

Após o estabelecimento de uma política de transplante no país, aumentou ainda mais o número de transplantes renais e hepáticos, sendo que em 2005 foram realizados 3.362 transplantes renais, tornando o país o terceiro do mundo neste procedimento (atrás apenas dos EUA e da China). Quanto ao transplante hepático, passou de 1,4 por milhão de população (pmp) em 1997, para 5,6 pmp em 2005, totalizando 956 transplantes. O transplante de pâncreas também apresentou um incremento importante, a partir de 2000. Em 2006, o Brasil ocupava o 5º lugar, na América do Sul, na realização de transplantes, com 6,0 pmp, atrás do Uruguai, com 25,2 pmp, Argentina, com 11,68 pmp, Chile, com 10,1 pmp, e Colômbia, com 9,9 pmp.<sup>21</sup>

A bioética está muito ligada à questão dos transplantes. Seu campo de atuação e reflexão dá ênfase às pesquisas de caráter psicossociológico, bem como as relacionadas à medicina intensiva. Nesta última, entre outras, destacam-se as questões decorrentes da medicina substitutiva, como é o caso dos transplantes. Neste sentido, foram evidenciados conflitos éticos como, por exemplo, a definição de morte encefálica.<sup>9</sup>

A necessidade de definir morte cerebral surgiu com o desenvolvimento de unidades de terapia intensiva e de respiradores capazes de sustentar os organismos, com esse diagnóstico, por horas e até dias, assim como o desenvolvimento das técnicas de transplante. Por não haver uma unanimidade quanto a essa definição, surgem especulações que dificultam um consenso político. O pluralismo vem sendo defendido a fim de permitir as variações de definições baseadas nas preferências individuais e grupais como solucionador desse impasse.<sup>9</sup>

Entretanto, ressalta-se que esta ocorrência de definições variadas pode vir a suscitar graves problemas, pois, mesmo em sociedades pluralistas, há necessidade de se definir a morte. Os problemas suscitados pela definição da morte são complexos, pois estão relacionados a vários fatores, entre eles, crenças, posições científicas e filosóficas.<sup>9</sup>

A importância desse tema está relacionada a um dos mais complexos aspectos éticos inerentes aos transplantes de órgãos. Muitos pacientes relatam suas dúvidas sobre a incerteza quanto à morte do doador do órgão que ele recebeu, o que gera ansiedade, medo e insegurança em relação a fazer ou não o

Barros PMR, Araújo EC de, Lima LS de.

transplante. O fato do paciente saber que tem um órgão que não lhe pertence e que uma pessoa teve que morrer para que ele pudesse viver parece aumentar a carência afetiva.<sup>9,23</sup>

Segundo o artigo 4º da Resolução nº 1.480/97, do Conselho Federal de Medicina:

*Os critérios definidores da morte encefálica são: Coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia. A morte encefálica somente pode ser atestada por profissional da área médica, após os devidos exames clínicos, conforme o artigo 2º da mesma Resolução.*<sup>24</sup>

Portanto, é fundamental o esclarecimento da população sobre o significado de morte encefálica, apresentando, de forma acessível, todos os critérios diagnósticos, com rigor científico, para não suscitar dúvidas.

Outra discussão pertinente, no campo da bioética, diz respeito aos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Estes princípios devem ser considerados como a base da ética profissional na área da saúde.<sup>25</sup> Devido à relação mais estreita com o tema, optou-se em contextualizar apenas o primeiro princípio.

Autonomia é “o princípio que diz respeito ao dever do profissional de dar toda informação necessária e ao direito do paciente de receber uma informação clara adaptada à sua compreensão, para que possa decidir sobre sua situação”.<sup>25-6</sup>

O direito ao livre e informado consentimento compreende: “O direito de dar consentimento, de participar do tratamento sem coerção, sem ser enganado e com competência; assim como o de retirar-se do tratamento a qualquer momento”.<sup>9,26</sup>

Diante dessa perspectiva, um aspecto importante a ser considerado é o emocional, como cerne da questão do consentimento esclarecido. O indivíduo, por possuir uma natureza racional e emocional, poderá sofrer influências externas e até mesmo motivações inconscientes para a tomada de decisões.<sup>9</sup>

Portanto, são válidos os seguintes questionamentos: será que no momento em que o paciente solicita que seja removido o enxerto (por complicações clínicas ou cirúrgicas) e expressa o desejo em retornar para a “máquina de hemodiálise”, corresponde a um momento de fragilidade? A dor, a utilização dos imunossuppressores, o tempo prolongado de internamento, a frustração de suas perspectivas, a preocupação com a família que está em casa, o medo de uma complicação maior que o leve à morte? Quem poderá saber, com certeza, se o pedido para remoção do órgão não corresponde a um pedido de socorro?

Issues involved in transplantation of organs and...

A conclusão que se pode tirar diante dessa problemática seria que se deve respeitar a decisão do indivíduo, porém oferecendo toda a informação sobre as implicações dos seus atos, garantindo sua liberdade e dignidade.<sup>9</sup>

Outro aspecto ético que deve ser considerado no contexto dos transplantes de órgãos e tecidos se refere ao comércio de órgãos. A possibilidade de comércio de órgãos de doador vivo, sem nenhum grau de parentesco com o receptor, é uma questão pertinente à Bioética e ao Direito. A lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, permitia a doação, em vida, por pessoas não-parentes, desde que fosse juridicamente capaz e não comprometesse a saúde do doador; no entanto, mesmo prevista expressamente, a doação gratuita ainda poderia dar margem à venda de órgãos.<sup>27</sup>

Então, em 23 de março de 2001 foi editada a Lei nº 10.211, que cita:

*É permitido à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo para fins terapêuticos ou transplantes em cônjuges ou parentes consanguíneos até o quarto grau, [...], ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial [...].*<sup>27</sup>

A intenção de compra e venda pode ser mascarada por alegações altruistas de ajuda ao próximo, levando em conta a condição de vulnerabilidade do doador, bem como a do receptor, devido à iminência da morte.<sup>27</sup>

#### • Qualidade de vida e aspectos emocionais

A Qualidade de Vida é definida como: *a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.*<sup>13</sup>

A Qualidade de Vida abrange domínios de funcionamento, como condições psicológicas e bem-estar, interações sociais, condições ou fatores econômicos e/ou vocacionais e condições religiosas e/ou espirituais.<sup>13</sup> A avaliação da Qualidade de Vida é realizada através da percepção que o indivíduo tem em relação a cada uma destas áreas.<sup>13,28</sup>

No que diz respeito ao portador de insuficiência renal crônica (IRC), a utilização de recursos tecnológicos com finalidade terapêutica pode não ser suficiente para melhorar a sua qualidade de vida.<sup>29</sup> O paciente torna-se dependente do tratamento dialítico, o que causa uma elevação dos níveis de ansiedade, entre outras alterações psicológicas, acarretando queda na produtividade e na renda familiar, redução

Barros PMR, Araújo EC de, Lima LS de.

das atividades sociais e das oportunidades de emprego, limitação da expectativa de vida e perda da auto-estima<sup>15,30</sup>; sequelas físicas ou mentais são frequentemente evidenciadas.<sup>29</sup>

O transplante surge, então, como a “chave” para resolução de todos os problemas do renal crônico, uma alternativa para a melhoria na qualidade de vida dessa clientela.<sup>15,30</sup> É uma decisão tecnicamente complexa e psicologicamente difícil.<sup>15,32</sup>

Aos profissionais de saúde cabe a avaliação do estado geral do doente, dos riscos que podem ocorrer e das melhorias possíveis para ele, já que o mesmo está diante de uma decisão maior, que diz respeito à sua identidade pessoal, sua vida e sua morte.<sup>32</sup>

Porém, a espera prolongada pelo transplante poderá acarretar outras complicações para o paciente, tornando-o de alto risco e, conseqüentemente, aumentar o número de óbitos. Os pacientes apresentam grande ansiedade e carência afetiva, relacionadas à sua difícil trajetória. São também acometidos pelo medo, relacionado à incerteza da evolução da doença, à possibilidade de rejeição, à necessidade da medicação para o resto da vida, ao período incerto de espera para a realização do transplante, à impossibilidade de realização do procedimento cirúrgico e ao retardo da alta, pelo surgimento de complicações.<sup>11,32</sup>

A perspectiva de melhora da qualidade de vida mediante o transplante pode vir a ser frustrada diante dos problemas ocorridos após a cirurgia, como rejeição do enxerto, ou efeitos adversos causados pelos imunossupressores.<sup>15,33</sup>

No entanto, para muitos pacientes portadores de insuficiência renal crônica, o transplante ainda corresponde à melhor opção, pois oferece a melhor oportunidade de sobrevivência e de reabilitação, com menor custo social que a diálise.<sup>1,31,34</sup> Como exemplo, pode-se mencionar a maioria dos urêmicos crônicos, pacientes com insuficiência renal crônica terminal<sup>14,34,35</sup>, enfermos com cardiopatia, hepatopatia ou pneumopatia terminal, sendo o transplante, para estes últimos ainda de maior valor, por ser a única opção terapêutica capaz de prevenir a morte, em poucos meses, oferecendo a expectativa de uma nova vida.<sup>1,34</sup>

O longo período sob tratamento dialítico acarreta alguns problemas como, por exemplo, complicações ósseas (osteodistrofias pelo hiperparatireoidismo secundário), cardiovasculares (hipertrofia ventricular esquerda, calcificação vascular) cerebrais (arteriosclerose avançada), sendo a chance de

Issues involved in transplantation of organs and...

morte, entre pacientes em hemodiálise, 20 vezes maior do que na população em geral.<sup>28,35</sup>

Mesmo diante de tantas complicações relacionadas à hemodiálise, é válido ressaltar que o transplante renal não deve ser considerado como a salvação para todos os problemas do paciente renal crônico; ele deve ser considerado como mais uma opção de tratamento, podendo apresentar complicações, como qualquer outra intervenção. No entanto, compreender aspectos associados à qualidade de vida e estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes submetidos a transplante renal pode auxiliar no desenvolvimento de programas preventivos e de intervenção adequados às necessidades destes pacientes.<sup>13-5</sup>

Em uma pesquisa sobre aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea (TMO) foi mencionado que:

*A intensidade e a complexidade envolvidas no TMO, em seus vários níveis, produzem profundos efeitos psicológicos no paciente, na família e na sua equipe profissional e enfatizam que ignorar esta realidade e reduzir os problemas do TMO a seus aspectos puramente técnicos podem trazer conseqüências catastróficas para o paciente e seus familiares e ameaçar a sobrevivência da equipe.<sup>4</sup>*

Para reduzir alterações como as descritas acima, é fundamental o atendimento psicológico no pré-operatório.<sup>10-1,36</sup> Essa preparação auxilia na identificação de pacientes de alto risco, que necessitam de acompanhamento psicológico rigoroso, e até mesmo na restrição ou contra-indicação do transplante como tratamento.<sup>36</sup>

A síndrome depressiva é frequente em quase todas as doenças crônicas, sendo responsável pela má adesão aos tratamentos propostos, má qualidade de vida e maior morbimortalidade entre os pacientes.<sup>37</sup>

Esse distúrbio consiste na complicação psíquica mais comum nos pacientes em diálise, significando uma resposta a uma perda real, ameaçada ou imaginada. As manifestações psicológicas observadas nestes pacientes são: humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos pessimistas. As queixas fisiológicas incluem distúrbio do sono, alterações de apetite e de peso, ressecamento da mucosa oral, constipação e diminuição do interesse sexual.<sup>38-9</sup> Ressalta-se ainda que os sintomas de depressão devem ser analisados com muita atenção, pois podem ser confundidos com sintomas de uremia.<sup>39</sup>

Barros PMR, Araújo EC de, Lima LS de.

A depressão acomete pacientes tanto no pré quanto no pós-transplante. Em geral, existem quatro principais tipos de depressão: Distúrbio de Ajustamento com Humor Deprimido, Distúrbios Depressivos, Distúrbios Bipolares e Distúrbios de Humor Devido à Doença ou Droga.<sup>4</sup> Ressalta-se o primeiro e o último, devido à maior identificação com as características apresentadas por pacientes crônicos e transplantados.

No Distúrbio de Ajustamento com Humor Deprimido a depressão pode estar relacionada a um estressor. O paciente pode referir a morte de um ente querido, um divórcio, um revés financeiro ou a perda de um papel estabelecido na sociedade, que o fazia sentir-se necessário em alguma atividade, e essa perda resulta num sentimento de culpa. O distúrbio ocorre dentro de três meses, a partir do fato ocorrido, e leva a alterações na atividade social. Os sintomas variam de leve tristeza, ansiedade, irritabilidade, preocupação, falta de concentração, desencorajamento e queixas somáticas. O Distúrbio do Humor Devido à Doença ou Droga acomete, principalmente, pacientes com doenças crônicas. Os estados como artrite reumatoide, esclerose múltipla, doença cardíaca crônica, assim como outras, podem levar a distúrbios depressivos.<sup>40</sup>

No que diz respeito às complicações da depressão, quanto mais demorada, mais arraigada ela se torna. O suicídio é mencionado como a complicação mais significativa. Os pacientes com câncer, doenças respiratórias, síndrome da imunodeficiência adquirida, e os mantidos em hemodiálise apresentam maiores taxas de suicídio.<sup>40</sup> Quanto ao transplantado renal, a depressão está inversamente relacionada com o tempo de sobrevida do enxerto, porém, pode vir a ser a consequência da perda do enxerto, e não a sua causa.<sup>5</sup>

No Brasil, a prevalência de depressão é de 5% a 25% em pacientes transplantados renais. As consequências da depressão repercutem significativamente na qualidade de vida, nas taxas de suicídio, na adesão aos tratamentos e na mortalidade.<sup>30</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dois principais aspectos devem ser enfatizados, com relação aos transplantes: a significativa evolução tecnológica e de políticas públicas voltadas para os transplantes de órgãos e tecidos, no Brasil, bem como, as evidências de uma pequena valorização dos aspectos emocionais e sociais,

Issues involved in transplantation of organs and...

com benéficas repercussões psíquicas e na qualidade de vida dos pacientes.

Por outro lado, a literatura descreve que ainda há um despreparo dos profissionais de saúde no diagnóstico de morte encefálica e identificação de um possível doador, assim como, na notificação dos casos às centrais de transplante e na abordagem, junto aos familiares, no momento da solicitação da doação e cita, como consequência, aumento do número de óbitos nas listas de espera.

É prioritário contar com equipes multiprofissionais treinadas, plenamente capacitadas a colaborar, em suas áreas específicas, no processo de doação de órgãos e no preparo do paciente para o transplante.

## REFERÊNCIAS

1. Garcia VD, Abbud-Filho M, Campos HH, Pestana JOM. Política de transplantes no Brasil In: Garcia VD, Abbud Filho M, Neumann J, Pestana JOM. Transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma Editora; 2006. p. 43-9
2. Pietrovsk V, Dall'Agnol CM. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? Rev bras enferm. 2006; 59(5):630-5
3. Brandão de Carvalho Lira AL, Cavalcante Guedes MV, Oliveira Lopes MV. Adolescente renal crônico: alteraciones físicas, sociales y emocionales pos-trasplante. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2005;8(4):12-6.
4. Contel JOB, Sponholz Jr A, Torrano-Masseti LM, Almeida AC, Oliveira EA, Jesus JS, et al. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. Medicina, Ribeirão Preto. 2000;33(3):294-311.
5. Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. Transplant proc. 2004;36(1):111-3
6. Zimmermann PR, Carvalho JO, Mari JJ. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. Rev psiquiatr Rio Gd Sul. 2004; 26(3):312-8.
7. Amâncio JS, Borges MP, Oliveira A, Magalhães EF, Oliveira LHS, Bernardes RC. Avaliação da qualidade de vida e das queixas do paciente renal crônico submetido à hemodiálise. In: Anais de trabalhos completos do XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale do Paraíba, I Encontro de Iniciação Científica do Ensino Médio; 2007; São José dos Campos. São

Barros PMR, Araújo EC de, Lima LS de.

José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2007. p. 2011-4.

8. Virzi A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplant proc.* 2007;39(6):1791-3.

9. Torres WC. A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicol reflex crit.* 2003;16(3):475- 82.

10. Castro EK. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. *Rev SBPH.* 2005;8(1):1-14.

11. Martins PD, Sankarankutty AK, Silva OC, Gorayeb R. Sofrimento psíquico em pacientes listados para o transplante hepático. *Acta cir bras.* 2006;21 Suppl 1:40-3.

12. Pereira E, Menegatti C, Percegoni L, Aita CA, Riella MC. Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arq bras psicol [periódico na Internet].* 2007 Ago 22 [Acesso em: 2008 set 22]. Disponível em <http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=23>.

13. Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estud psicol. (Natal).* 2007;12 (2):177-84.

14. Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araújo MRT, Noronha IL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *J bras nefrol.* 2003;25(1):10-6.

15. Mendes AC, Shiratori K. As percepções dos pacientes de transplante renal. *Nursing (São Paulo).* 2002;5(44):15-22.

16. Manfro RC, Noronha IL, Silva Filho AP, editores. Manual de transplante renal. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2004.

17. Barcellos FC. Intenção de doar órgãos em uma população adulta [dissertação na Internet]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina; 2003 [Acesso em: 2008 out 24]. Disponível em <http://www.abto.org.br/profissionais>

18. Silva PR. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008;23(1):145-52.

19. Mies S. Transplante de fígado. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 1998;44(2):127-34

20. Cavalcanti FCB, Paula FJ. Abordagem de familiares na doação de órgãos de cadáveres In: Cruz J, Barros RT, organizadores. *Atualidades em nefrologia.* São Paulo: Sarvier;1996. v. 4, p. 276-9

Issues involved in transplantation of organs and...

21. Rosa TN. Bioética e confidencialidade do doador cadáver em transplantes renais dissertação na Internet]. Brasília: Universidade Federal de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2007 [Acesso em: 2008 set 23]. Disponível em [http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde\\_arquivos/6/TDE-2008-04-11T152850Z-2525/Publico/Dissertacao\\_Telma%20Rosa.pdf](http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/6/TDE-2008-04-11T152850Z-2525/Publico/Dissertacao_Telma%20Rosa.pdf).

22. D'Império F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Rev. bras. ter. intensiva [periódico na Internet].* 2007 Jan-Mar [Acesso em: 2008 nov 30]; 19(1):[cerca de 10 p.]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2007000100010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100010&lng=en). doi: 10.1590/S0103-507X2007000100010

23. Massarollo MC, Kurcgant P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. *Rev latinoam enferm.* 2000;8(4):66-72.

24. Queiroz, VS. Reflexões acerca da equiparação da anencefalia à morte encefálica como justificativa para a interrupção da gestação de fetos anencefálicos. *Jus Navigandi,* 3 ago. 2005 9(760).

25. Junges JR. Bioética: hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006.

26. Fabbro, L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. *Rev. Bioét [periódico na Internet].* 1999 [Acesso em: 2007 ago 23]; 7(1):[cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.cremeb.cfm.org.br/revista/indiv7.htm>.

27. Passarinho LEV, Gonçalves MP, Garrafa V. Estudo bioético dos transplantes renais com doadores vivos não-parentes no Brasil: a ineficácia da legislação no impedimento do comércio de órgãos. *AMB rev. Assoc. Med. Bras [periódico na Internet].* 2003 [Acesso em: 2008 nov 30]; 49(4):[cerca de 8 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000400028&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400028&lng=en). doi: 10.1590/S0104-42302003000400028.

28. Amato MS, Amato Neto V, Uip DE. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1997;30(2):159-60.

29. Zanei SS. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.

Barros PMR, Araújo EC de, Lima LS de.

Issues involved in transplantation of organs and...

30. Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica. *J bras nefrol.* 2000; 22(1):192-200.
31. Cunha CB, Leon ACB, Schramm JMA, Carvalho MS, Paulo Junior RBS, Chain R. Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad saúde pública.* 2007;23(24):805-13.
32. Steiner P, Vieira MCR. A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias. *Tempo Soc [periódico na Internet].* 2004 Nov [acesso em 2008 Nov 30]; 16(2):[cerca de 22 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20702004000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702004000200005&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S0103-20702004000200005.
33. Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev saúde pública.* 2004; 38(5):732-4.
34. Garcia VD. Por uma política de transplantes no Brasil, Office Editora e Publicidade Ltda, São Paulo (2000).
35. Santos PR, Pontes LR Sansigolo K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *AMB rev. Assoc. Med. Bras [periódico na Internet].* 2007 Ago [acesso em 2008 Nov 29]; 53(4):[cerca de 5 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000400018&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400018&lng=pt). doi: 10.1590/S0104-42302007000400018.
36. Silva, RMG. A importância dos aspectos psicológicos na indicação do transplante renal e suas implicações bioéticas [dissertação]. Joinville (SC): Universidade da Região de Joinville; 2003.
37. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidade clínicas. *Rev psiquiatr clín (São Paulo).* 2005;32(3):149-59.
38. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int.* 2000;57(5):209-8.
39. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS, editores. *Manual de diálise.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
40. Tierney LM Jr, McPhee SJ, Papadakis MA. *Lange diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Atheneu; 1998.

Sources of funding: No  
 Conflict of interest: No  
 Date of first submission: 2009/08/01  
 Last received: 2009/09/10  
 Accepted: 2009/09/11  
 Publishing: 2009/10/01

#### Corresponding Address

Patrícia Madruga Rêgo Barros  
 Rua Capitão Ponciano, 63 – Barro  
 CEP: 50780-040 – Recife (PE), Brazil