

SILVIA M.T.K. MENGATE
DORALICE ILLESCAS

CAUSAS QUE LEVAM OS FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELO
CADÁVER EM DOAREM, OU NÃO, AS CÔRNEAS "POST MORTEM".

Trabalho de Monografia, apresentado
ao Curso de Especialização em Edu -
cação Especial, do Setor de Educa -
ção, da Universidade Federal do Pa-
raná.

CURITIBA

1991

Orientadores:

DR. Hamilton Moreira

MESTRE PELA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Professor Assistente da Faculdade Evan-
gélica de Medicina do Paraná.

Leila Juliette Kaló

MESTRE EM EDUCAÇÃO PELA FUNDAÇÃO GETÚ -
LIO VARGAS

Professora Assistente da Universidade
Federal do Paraná.

A
Renée, Leila e Wanderley.

iii

"É preciso acabar com os preconceitos que preferem ignorar a morte - única certeza da vida - e incentivar as demonstrações de altruísmo, possibilitando o prolongamento da vida dos seus semelhantes, através da doação de um órgão."

Dep. Algaci Tulio

NOSSOS AGRADECIMENTOS

Ao Professor Hamilton Moreira pela orientação.

À Elisa Rozeira F. Souza pelo apoio e colaboração.

À Professora Leila Juliette Kalô pelo incentivo e sugestões deste trabalho.

A todos que, de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Em especial o meu agradecimento com carinho:

À Professora Rosa Elisa P. de Souza pela sua postura humana e compreensiva por ter oportunizado espaço para realização do meu curso.

Silvã

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA	1
1.2 OBJETIVO	3
1.3 PROBLEMA	4
1.4 DEFINIÇÃO DOS TERMOS	4
1.5 TIPO DE PESQUISA	5

CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO	6
2.2 DEFINIÇÃO DA CÓRNEA	6
2.2.1 ANATOMIA DA CÓRNEA	6
2.3 CERATOPLASTIA	8
2.3.1 INDICAÇÕES DA CERATOPLASTIAS	9
2.3.2 CONDIÇÕES DESFAVORÁVEIS DA CERATOPLASTIA	12
2.3.3 CÓRNEA DOADORA	12
2.3.4 A CIRURGIA DO TRANSPLANTE	13
2.3.5 CIRURGIA DA CÓRNEA	13
2.3.6 CONDIÇÃO DO OLHO RECEPTOR	14
2.3.7 INSTRUMENTO	15
2.3.8 PREPARAÇÃO DO RECEPTOR	15
2.3.9 ANESTESIA	15
2.3.10 TRATAMENTO PÓS-OPERATÓRIO	15
2.3.11 COMPLICAÇÕES	16
2.3.12 CERATOPLASTIA REPETIDA	19

2.3.13	RESULTADOS	19
2.3.14	TÉCNICAS DE CERATOPLASTIAS	21
2.2	BANCO DE OLHOS	21
<u>CAPÍTULO III - DEFICIENTE VISUAL X TRANSPLANTE DE CÓRNEA</u>		
3.1	PERDAS BÁSICAS EM RELAÇÃO A SEGURANÇA PSICOLÓGICAS DO DEFICIENTE VISUAL	25
3.2	A DOAÇÃO DA CÓRNEA SOB O PONTO DE VISTA DE ALGUMAS PESSOAS	29
3.3	A IMPORTÂNCIA DO TRANSPLANTE DE CÓRNEA	29
<u>CAPÍTULO IV - METODOLOGIA</u>		
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	33
4.2	DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO E DA AMOSTRA	33
4.3	MÉTODOS E TÉCNICAS UTILIZADAS	33
4.4	DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO	33
4.5	DO INSTRUMENTO E DA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS ...	34
4.6	ANÁLISE DIAGNÓSTICA	36
4.6.1	DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO	36
4.6.2	DAS INFORMAÇÕES SOBRE A RETIRADA DA CÓRNEA	36
<u>CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</u>		
5.2	RECOMENDAÇÕES	39
<u>ANEXOS</u>		41
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>		42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A B B O - Associação Brasileira de Bancos de Olhos

B O C - Banco de Olhos de Curitiba

P R - Paraná

MASC. - Masculino

FEM. - Feminino

I.M.L.- Instituto Médico Legal

RESUMO

Este estudo teve como prioridade verificar as probabilidades de se ter ou não doações da córnea "post mortem" decorrentes de decisão dos familiares responsáveis.

A doação da córnea é pouco tratada na literatura, portanto dificulta trabalho aprofundado na área, levando a sociedade ao desconhecimento das informações que assegurem um maior número de doadores.

Devido a escassez de bibliografia referente aos motivos das doações, tomou-se a iniciativa de consultar familiares que "post mortem" decidiram doar as córneas de seu ente querido. Com esta ação benemérita sentiram-se orgulhosos por terem feito este gesto, proporcionando alegrias inigualáveis a pessoa receptora, além de sentirem a continuidade de seu ente querido nos receptores, fazendo destes novos membros do seu grupo familiar.

Consultou-se também, pessoas para saber se doariam ou não em vida com a finalidade de se obter mais subsídios para este trabalho. Embora 100% (15 respondentes) afirmaram que doariam suas córneas, menos de 20% (2 informantes) assinaram a ficha do Banco de Olhos.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário, (anexo I) com caracterização do informante (familiares responsáveis pelo falecido) e do morto.

Com base na fundamentação teórica, nas entrevistas informais e no questionário sobre a doação da córnea, concluiu-se que; a sociedade detém pouca informação sobre esse assunto; insegurança por parte das pessoas em doarem as córneas motivada por preconceitos; realizar pesquisa para detectar informações sobre a doação da córnea no momento que o morto está sendo velado é inoportuno, provavelmente pelas características da sociedade brasileira (pouco envolvimento dos órgãos públicos, ausência de programas educativos efetivos sobre o tema, preconceitos, postura calcada no senso comum e não no conhecimento científico e outras). Algumas recomendações são apresentadas no Capítulo V deste trabalho.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA

Atualmente (1.991), conforme dados do Banco de Olhos, mais de 200 (duzentas) pessoas em Curitiba, portadoras de deficiências visuais, especificamente patologias da córnea, estão na espera de um doador para que possam adquirir a visão e se integrar com maior facilidade na comunidade.

Acredita-se que os motivos das poucas doações podem estar relacionados a preconceitos:

- . religiosos;
- . populares;
- . jurídico.

A influência desses fatores sobre a doação da córnea, ainda não teve um estudo mais aprofundado. Pesquisas não foram realizadas para detectar o real motivo das pessoas não se preocuparem na doação de seus órgãos, especificamente as córneas.

Os preconceitos citados possuem respostas imediatas talvez até para defesa e justificativa da postura das pessoas que tem medo em doarem as córneas. Nota-se que no campo religioso este preconceito não tem muito amparo se encarado sob o aspecto da linha cristã, pois no Congresso Latino de Oftalmologia (Roma, 1955, Eugênio Pacelli, o Papa Pio XII, assim se pronunciou:

"Do ponto de vista moral e religioso, nada há a objetar à extração da córnea de um cadáver, isto é, as ceratoplastias, tanto lamelares quanto penetrantes, consideradas em si mesmo. Por quê ?

- a) quem recebe, isto é, o paciente, para eles representam restauração de um defeito de nascimento ou acidental;
- b) o cadáver cuja córnea se extrai, não é ferido em nenhum dos bens. O cadáver já não é mais, no seu sentido próprio de termo, uma pessoa de direito, pois está privado da personalidade, que é só o que se pode ser de objeto de direito;
- c) a extirpação da córnea não é a retirada de um bem. Os órgãos visuais, com efeito a sua (a sua, presença, a sua integridade), já não têm mais relação com nenhum fim. Portanto, utilizai dela e ajudai aos que dela necessitam, na medida de vossa dedicação e no que isso seja possível e lícito."¹

Analisando o pronunciamento do Papa fica evidenciado que a religião cristã não se opõe à doação, pelo contrário reforça a importância desta postura na medida em que mostra o não prejuízo do doador e o benefício do receptor.

Porém ocorrem religiões com posicionamento não claro, e outras totalmente contrárias à doação, como exemplo, as testemunhas de Jeová.

Em relação ao aspecto jurídico há pequenos entraves neste particular, quando se pretende ver, na remoção da córnea de cadáver, um ato de mutilação ou de vilipêndio. Segundo o Código Penal, artigo 211, é crime contra o respeito aos mortos "destruir, subtrair ou ocultar cadáver ou parte dele". Mas isso é improcedente, como ilustram manifestações progressas dos mais altos escalões judiciais. Condenado no Rio de Janeiro, em todas as instâncias prévias, por "roubo" de córnea, Morizot Leite encontrou absolvição no Supremo Tribunal Federal. Em Belo Horizonte, sob a mesma acusação, também Hilton Rocha foi não uma, mas por duas vezes absolvido. Acontecendo também em Curitiba, que mais de um médico teve a mesma acusação. Por isso muitas operações para transplantes de córneas humanas já foram feitas no Brasil, e na maioria com bons resultados e sempre com autorização prévia e comprovada da família do doador falecido.

Afastadas as dificuldades religiosas e jurídicas, que dizer das populares? Estas, sim, em parte são obstáculos. Pessoas

¹ ROCHA, Hilton et al. Ensaio sobre a problemática da cegueira: prevenção-recuperação-reabilitação. Belo Horizonte, Editora Fundação Hilton Rocha, 1986.

há que, ignorando as palavras do Sumo Pontífice, acreditam que a ausência dos olhos tenha conotações de natureza religiosa. Outras, talvez julguem erroneamente que a remoção deforme ou mutila o cadáver. Os preconceitos populares estão pautados em vários fatores, entre eles, o medo de voltar vida e não ter as córneas, outra seria de acreditar em outra vida e achar que necessita daquelas, e aí não terá visão. Felizmente, já se observa que tais tabus tem tido menor força na relação da doação, pois maiores esclarecimentos tem ocorrido. Tanto é que já se encontram alguns Bancos de Olhos que procuram aqui reproduzir os critérios adotados em outros países do mundo. O doador assina um documento de doação, ou em plena saúde, ou em casos de internação em certos hospitais, autorizando a remoção de suas córneas.

O Transplante de córnea é uma linha de recuperação muito importante, como porque ela se relaciona com um trabalho de pregação e catequese, para que mais e mais a nossa gente se conscientize, no sentido da criação dos Bancos de Olhos e das doações benemerentes, embora já há uma doação espontânea crescente, existe uma procura para indagar como se faz a doação e às vezes há telefonemas de familiares de um morto que pede para ir remover a córnea de seu ente querido, que, antes da morte, manifesta o desejo dessa doação.

"A deficiência da visão é um problema médico-social de alta relevância no Brasil. Os métodos científicos de prevenção, de recuperação ou de reabilitação é uma necessidade e um dever." (José FRAGELLI, 1987).

Portanto cada vez mais deve-se priorizar programas que desenvolvam estudos que melhorem e tranquilizem o doador.

A partir destes dados levantados, se evidencia a necessidade de examinar as possíveis razões de ainda não haverem suficientes doações de olhos no Brasil.

1.2 OBJETIVO

- Identificar o índice e os motivos de doação ou não das córneas pela família no momento da morte de seu ente querido.

1.3 PROBLEMA

Uma pessoa cega, sem dúvida, traz angústia e encargos adicionais para a família. Contudo a sociedade poderá diminuir esta angústia. A medida que for se conscientizando da importância da doação de córneas.

Aumentando o número de doadores, mais pessoas deficientes visuais poderão se beneficiar delas e com isso se integrarão com maior facilidade na sociedade.

Entretanto a falta desta conscientização, nos leva a questionar o seguinte problema:

- Por que não há doadores suficientes ?

1.4 DEFINIÇÃO DOS TERMOS

- Aptidão: disposição inata ou ainda habilidade (capacidade) resultante de conhecimentos adquiridos.

- Avascular: tecido que não tem vasos sanguíneos.

- Ceratoplastias lamelares: é a extirpação que atinge a camada superficial da córnea. Não atinge toda a espessura da córnea.

- Ceratoplastias penetrantes ou perfurantes: a extirpação atinge todas as camadas da córnea, abrange toda a espessura da córnea.

- Ceratoprótese: córnea feita de material industrializado.

- Córnea: é um tecido transparente avascular que cobre a pupila, tem tamanho e estrutura a um cristal de um pequeno relógio de pulso. É a principal superfície de refração do olho.

- Composto orgânico: é o carbono, nitrogênio, oxigênio e hidrogênio que constituem o principal componente dos organismos vivos.

- Cirurgia ocular: operação do olho.

- Deficiência: desvantagem que limita ou impede o desempenho de uma função que seria normal para aquele indivíduo.

- Deficiência visual: é caracterizada pela limitação ou perda de uma ou mais funções básicas do olho e do sistema visual.

- Esclera: é a primeira camada do olho, sendo branca na parte posterior (lados e fundo) servindo de proteção da retina.

Na parte anterior (frente) do olho, recebe o nome de córnea, sendo transparente.

- Handicaps: série de hábitos que favorecem tratamento injusto e desigual às pessoas por motivo de uma incapacidade mental, física ou visual.

- Heterotransplantes: substituição de órgãos de animais de outra espécie.

- Homotransplantes: substituição de órgãos de animais da mesma espécie.

- Imunologia: estudo químico e bacteriológico dos fenômenos da imunidade e das suas causas.

- Imunidade: resistência a determinada infecção ou infestação.

- Iridectomia: operação em que se faz a excisão da parte da íris.

- Limbo: é o ponto entre a esclera e o início da córnea.

- Mutilação: cortar ou destruir algum membro do corpo.

- Proteínas estranhas: composto orgânico que não se adapta com o organismo humano.

- Reabilitação: ato ou efeito de reabilitar. Restituir o indivíduo ao estado anterior.

- Retina: é a membrana mais interna do olho, sendo considerada expansão do nervo óptico.

- Septicemia: estado infeccioso em que há no organismo um ou diversos focos, que lançam, periódica ou continuamente, os germes no sangue.

- Topologia: estudo das relações e formas espaciais sem tamanho ou formato. Lida com figuras abertas ou fechadas, tais como a simples curva fechada que divide em plano entre parte interna e parte externa.

- Transplante: substituir órgão por outro retirado de ser vivo ou de um cadáver.

- Trépano: instrumento usado na cirurgia da córnea.

- Vilipêndio: julgar vil, desprezar, repelir.

- Xenotransplantes: transplantes de córneas de animais.

1.5 TIPO DE PESQUISA

Este estudo se pauta na pesquisa de campo do recorrer a aplicação de questionário para obtenção dos motivos que levam as pessoas a doarem a córnea.

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO

A substituição de uma córnea doente e opaca por outra funcionalmente perfeita chama-se Ceratoplastia.

A idéia nasceu em 1789, com Pellier de Quengsy, que pretendia substituir a córnea por uma peça de cristal denominada ceratoprótese. A partir de então sucessivos períodos de frustração e euforia se alternaram, culminando na aceitação universal do enxerto alógeno com córneas de cadáver, proposto em 1936 por Filatov, na Rússia.

No Brasil, a cirurgia ocular ainda não trabalha com córneas plásticas. Por outro lado, já foram feitas muitas operações experimentais para transplantar córneas de coelhos e de galinhas, mas fracassaram pela rejeição contra proteínas estranhas. Com o aperfeiçoamento das técnicas e das armas imunológicas em estudo, admite-se hoje possível sua ressurreição.

A realidade, hoje, ainda é aquela que Filatov (Rússia) descerrou meio século atrás, quando propôs o aproveitamento de córneas de cadáver, ou seja, o heterotransplante, inviável, cedeu lugar ao homotransplante, que oferece alta percentagem de sucesso.

2.2 DEFINIÇÃO DA CÓRNEA

Córnea é um tecido transparente e avascular que cobre a pupila, tem tamanho e estrutura a um cristal de um pequeno relógio de pulso. A córnea age como uma lente protetora através da qual passam os raios de luz em direção à retina. É a principal superfície de refração do olho.

2.2.1 ANATOMIA DA CÓRNEA

A córnea representa os 1,3 cm² anteriores do globo ocular. A curvatura da córnea anterior (raio:7,8mm). Zona óptica

central de 4,0mm, quase esférica e a periferia achatando-se gradativamente em direção a curva escleral. O diâmetro horizontal da superfície anterior da córnea é de 11,6mm é maior do que o diâmetro vertical 10,6mm, de modo que a face anterior da córnea forma um ovoide horizontal. Vista a partir da superfície posterior, a córnea é circular com um diâmetro de 11,6mm. Um diâmetro corneano superior a 12,5mm é denominada de Megalocórnea. E Microcórnea, o diâmetro corneano inferior a 11,0mm. A altura da córnea desde o plano basal do limbo visível até o ápice é de 2,7mm. A espessura central da córnea é de 0,52mm que aumenta para 0,70mm, no ponto mais distante da periferia. Em média, a córnea de adulto tem 1,0mm de espessura na periferia, 0,8mm no centro e 11,5mm de diâmetro.

Do ponto de vista microscópico a córnea é constituída de 5 estratos, de fora para dentro.

- a) epitélio;
- b) membrana de Bowman;
- c) estroma;
- d) membrana de Descemet;
- e) endotélio.

O epitélio tem 5 a 6 camadas de células. Quando o epitélio é lesado, a membrana de Bowman e o estroma se tornam excelentes meios de cultura para diversos germes como, Pseudomonas aeruginosa. Danos no epitélio causam um edema localizado. É uma barreira à entrada de microrganismos da córnea. É um mecanismo de desidratação, também.

A membrana de Bowman é uma camada transparente acelular, uma porção modificada do estroma.

O estroma consiste de lamelas e constitui cerca de 90% de espessura da córnea. Cada fibra lamelar é transparente e tem 1,0 μ m de espessura e 15 μ m de largura, tendo como comprimento o diâmetro da córnea. As lamelas do estroma são paralelas à superfície da córnea, mas se entrelaçam. Cada uma contém um núcleo celular achatado.

A membrana de Descemet é uma membrana transparente, elástica, constituída de numerosas fibras visíveis à microscopia eletrônica. Essa resiste mais as bactérias, mas não aos fungos. O Streptococcus pneumoniae, o único verdadeiro agente patogênico.

O endotélio é formado por uma única camada. É mais importante no mecanismo de desidratação. Danos químicos ou físicos são sérios. A destruição das células do endotélio podem causar edema marcante da córnea e resulta na perda de sua transparência.

A nutrição da córnea, provém do limbo, onde os elementos nutricionais passam do interior dos vasos sanguíneos para a córnea avascular. A córnea superficial também absorve parte do oxigênio, diretamente da atmosfera.

Os nervos sensitivos da córnea são ramos da 1ª divisão do 5º nervo craniano. No epitélio corneado há uma rica rede de fibras nervosas com suas terminações, que, quando expostas provocam sensação de dor. O grande número de terminações nervosas é o responsável pela intensa dor que acompanha mesmo mínúsculas lesões do epitélio corneano.

A transparência da córnea é devida a sua estrutura uniforme, avascular e deturgescente. A deturgescência, ou estado de relativa desidratação do tecido da córnea é mantida pela transparência celular ativa $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ do endotélio e epitélio e pela sua integridade anatômica.

2.3 CERATOPLASTIA

A ceratoplastia se baseia no emprego de enxertos de doadores da mesma espécie (homólogos) ou de espécies diferentes (heterólogos), estes, abandonados pela sua ineficiência. O ato cirúrgico visa substituir a porção corneana opacificada do receptor, por enxerto fornecido por doador, ou por peças de acrílico (ou material plástico semelhante) que mantém a transparência necessária para a condução até à retina das imagens externas, processando-se assim o fenômeno de visão.

São empregadas na obtenção dos enxertos homólogos córneas de cadáver, logo após o óbito. Os retalhos são cortados por trépano de vários diâmetros, de acordo com o tamanho da porção corneana do receptor que se tem necessidade de extirpar e que é retirada por incisão com o mesmo trépano que obteve o retalho do cadáver. Esta falta de substância é substituída pelo retalho previamente obtido, fixado com suturas feitas com agulhas e fios apropriados (8 a 10 zeros), em pontos separados

e/ou contínuos que mantêm o retalho no lugar até sua perfeita cicatrização, garantindo o leito corneano a nutrição do enxerto.

De acordo com a espessura da córnea atingida e de acordo com a extensão de sua superfície emprega-se dois tipos de técnicas: Ceratoplastia lamelar ou Ceratoplastia penetrante.

Na primeira delimita-se a porção da córnea a ser extirpada, com uma trepanação que não atinge toda a espessura da córnea; pelas margens da trepanação retira-se as lamelas superficiais da córnea e fixa-se um enxerto, obtido também das camadas mais superficiais da córnea doadora.

Na segunda, como o nome diz, penetra-se com o trépano até a camada anterior, trepanando todas as camadas da córnea e substituímos a parte extirpada por porção do mesmo tamanho e com a espessura total da córnea doadora.

Há técnicas que obtêm os retalhos de forma quadrangular, com o auxílio de duas facas conjugadas ou que empregam instrumentos mais sofisticados, como o aparelho de Franceschetti, por meio do qual se obtêm um enxerto em forma de cogumelo.

Cardona idealizou prótese de acrílico para olhos em que a precaridade do leito corneano do receptor não oferecia condições para a integração e a manutenção da transparência do enxerto, após ceratoplastias lamelar ou penetrante.²

Do ponto de vista biológico, podemos classificar as ceratoplastias da seguinte maneira:

a) Autóloga: quando a córnea doadora e o olho receptor são de um mesmo indivíduo. Acontece, por exemplo, quando a córnea íntegra de um olho, cego por outras causas, é transplantada no outro olho cego por opacificação corneana;

b) Alógena: quando entre diferentes indivíduos de uma mesma espécie (por exemplo, doador homem, receptor homem);

c) Xenógena: (xenos:estranho, estrangeiro), entre indivíduos de espécies diferentes, (por exemplo, enxerto de córnea de coelho ou galinha no homem).

2.3.1 INDICAÇÕES DA CERATOPLASTIAS

São numerosas as indicações da ceratoplastias, podendo-se sintetizá-las em 4 grandes grupos:

1. Grupo Cicatriz: abrange todos os leucomas (opacifi -

²MAGALHÃES, Paulo Braga. Cabeça e pescoço - Oftalmologia e Otorrinolaringologia: cirurgia diagnóstica mais terapêutica. São Paulo, Editora Savier, 1979.

cações corneanas), traumáticos ou não, aos quais geralmente o que melhor se aplica é o enxerto perfurante.

Dependendo da extensão e da profundidade da úlcera (perforação córnea) a sua cicatrização deixa como consequência uma opacidade corneana. Essas opacidades podem ser mais ou menos extensas ou mais ou menos intensas, quanto sua transparência, resultando as manchas corneanas conhecidas por leucomas. Chamamos de leucoma aderente aquelas opacidades em cuja cicatrização se fez um encravamento da íris.

As úlceras da córnea (queratites) têm patogenia diversas conforme atinjam a parte central ou parte limbar da córnea. Nas úlceras da parte central tem-se quase sempre, como início, uma lesão epitelial (traumática) por onde penetra o agente patogênico (fungos). Em seguida, como defesa natural, aparece um infiltrado leucocitário dando certa turvação em torno do processo ulceroso. A progressão da lesão provoca uma pequena área de tecido necrosado (úlceras de córnea progressiva) que se eliminado deixa em seu lugar uma pequena escavação. Essa úlcera assim constituída poderá evoluir de duas maneiras: ou haverá limpeza do fundo da úlcera com formação de novo epitélio (úlceras espelhantes) e conseqüente cura ou continuará sua evolução progressiva com grande infiltração leucocitária e progressiva escavação, podendo chegar a perfurar a córnea (úlceras perfuradas). Na cicatrização das úlceras que atingem o tecido próprio da córnea a perda das lâminas corneanas é substituída por um tecido cicatricial que dá origem a uma cicatriz opaca (leucoma).

Leucomas - opacificação esbranquiçada de tonalidade leitosa. Consequência ferida, inflamação ou ulceração da córnea.

As causas traumáticas da cegueira pode ser sumariamente assim descritas:

Mecânicas: contusões, conressões, feridas penetrantes.

Físicas: calor, frio, foto traumatismo, radiação ionizantes.

Químicas: álcoois, ácidos.

Vale lembrar: -as ulcerações e lacerações são provocados por corpos estranhos (brinquedos, fogos de artifícios, armas que projetam chumbinhos), - queimaduras com álcool ou ácidos, soda cáustica ou produtos de limpeza (anexo II).

2. Grupo do Ceratocone: de alta incidência entre as patologias corneanas. Com a técnica perfurante o prognóstico é excelente.

Ceratocone é a córnea em forma de cone. É uma condição distrófica em adultos jovens, onde a córnea torna-se cônica quanto a forma. O paciente fica com muita pouca visão, com astigmatismo irregular grave. Inicialmente, a visão melhora com óculos. Mais tarde, as lentes de contato podem ajudar a melhorar consideravelmente a visão. Mas se a condição for avançada, as lentes de contato não ajudam mais (anexo II).

3. Grupo de Ceratoplastia Bolhosa: engloba as córneas, cujo endotélio se apresenta falho, proporcionando desorganização das estruturas do órgão.

O endotélio é formado por uma única camada. É o mais importante no mecanismo de desidratação. Danos químicos ou físicos. A destruição das células do endotélio podem causar edema marcante da córnea e resulta na perda de sua transparência.

4. Vários: distrofias, degenerações, auto-agressões e outros, com prognósticos variados, segundo o tipo de lesão.

Distrofias: o termo distrofia corneana descreve alterações primárias, hereditárias, bilaterais da córnea que não são acompanhados por patologia sistêmica. Não são inflamatórias, são avasculares que acometem os dois olhos. São afecções que se instalam tardiamente, de regra após a puberdade. Algumas, em caráter de exceção são também congênitos, ou seja, encontram presentes no nascimento.

A classificação mais coerente das distrofias corneanas funda-se no critério Topográfico, sendo as mesmas agrupadas de acordo com as camadas corneanas predominantemente acometidas. Podem ser, por conseguinte distrofias superficiais, que incidem sobre o epitélio e a membrana de Bowman, ou distrofias profundas, que acometem a intimidade da córnea (o estroma corneano), ou as membranas posteriores (membrana de Descemet e endotélio).

Nas distrofias superficiais acometem epitélio e membrana de Bowman. Apresentam-se em forma de erosão, favo de mel, em mosaico, lesões anulares cinzentas de contorno por vezes Cartográfico, lesões que transformam-se em cicatrizes opacas. Calcificação e a superfície da córnea torna-se irregular com elevações

arredondadas e opacas.

Distrofias profundas: acometem o estroma (camada da córnea). Apresenta opacidade na camada da córnea, difusas ou homogêneas.

Distrofias posteriores: acometem a membrana de Descemet e o endotélio. Apresenta-se como edemas. A córnea repleta de líquido exhibe espessura aumentada (anexo II).

Degeneração: alteração que experimenta o corpo organizado, sob a influência de circunstâncias que não são habituais e cujo resultado é a perda de seus caracteres genéricos e aquisição de formas e propriedades novas.

2.3.2 CONDIÇÕES DESFAVORÁVEIS DA CERATOPLASTIA

A alteração profunda de todo o parênquima corneano é uma condição ruim, pois a nova córnea necessita soldar-se a uma córnea em que a parte do tecido ofereça boas condições para a sua cicatrização e sua nutrição. Se a opacidade corneana não alcança as capas profundas, a probabilidade de êxito é muito maior que aquelas que estão ocupadas por tecidos fibrosos cicatrizantes: mais vale a pena de operar tais casos, pois, às vezes se obtém resultados surpreendentes (significativos).

A vascularização excessiva da córnea também é inconveniente, contra a qual terá que precaver-se extirpando o tecido, que geralmente constitui uma membrana conjuntiva que às vezes pode despregar-se facilmente da córnea e extirpar-se.

As aderências por leucomas aderente e a esfaqueamento constituem dificuldades, não contra indicam a ceratoplastia.

As sinéquias anteriores podem operar-se em uma prévia intervenção, com o qual se simplifica o enxerto e se evita a hipertensão.

As sinéquias posteriores podem prejudicar o curso pós-operatório. O que se aconselha a prévia iridectomia umas semanas antes da operação de enxerto.

2.3.3 CÓRNEA DOADORA

Assim como acontece com os enxertos de outros órgãos, também a córnea doadora deve obedecer a certos preceitos técnicos.

1) Para transplantes perfurantes, a remoção das córneas do cadáver deve ser feita até 6 - 7 horas após a morte. Nos casos de enxerto lamelar, utiliza-se córneas removidas até 24 ho-

ras após o óbito.

2) A septicemia, certas viroses, aids, meningite infecciosa, leucemia, hepatite B, tuberculose e sífilis são situações relativas de exclusão para a córnea doadora. Já a raiva (hidrofobia) contraindica formalmente a doação, posto que o vírus parasita a intimidade das estruturas corneanas. É controversa a doação de córneas provenientes de olhos portadores de tumores com metástose.

3) Quanto a faixa etária, dá-se preferência àqueles doadores jovens entretanto, desde os 4 (quatro) anos de idade até a velhice são córneas possíveis de se aproveitar.

4) Após a remoção, a conservação ideal dos bulbos oculares se faz em recipientes hermeticamente fechados, sob temperatura de 4°C, condições estas que as córneas se prestam ao transplante por até 3 dias, mas devendo ser preferentemente utilizadas nas primeiras 24 horas. A maioria dos Bancos de Olhos já está equipada com meios de conservação especiais para córneas (importadas) que mantêm o tecido até 15 (quinze) dias em ótimas condições para transplante.

2.3.4 A CIRURGIA DO TRANSPLANTE

A importância da perfuração do olho leucomatoso e do transplante depende da extensão do leucoma.

Os trepanossomas se fazem desde 4 a 7 milímetros de diâmetro, procurando que o transplante esteja em contacto com o não opaco, ou que não seja opaco em toda a sua extensão.

Nos casos de degenerações corneano em que alteram as zonas claras e opacas, por ser opacas de aspecto modular a perfuração pode ser de 4 milímetros somente, nos casos de queratomas é conveniente que a perfuração se estenda por toda a extensão da córnea fina. Em ceratocone é o mais frequente a prática de enxertos de 7 a 8 milímetros de diâmetros.

2.3.5 CIRURGIA DA CÓRNEA

Para evitar o fracasso no funcionamento deve-se ter em conta a ambliopia e anopsia.

As aderências da pálpebra (simbléfaro) assim mesmo escurecem o prognóstico e se deve operar antes do enxerto.

A córnea uma vez curada o simbléfaro estará relativamente bem, pode-se praticar a ceratoplastia se a membrana for opaca

totalmente, em toda a sua área é inútil a operação.

Quando a córnea é opaca e possui o tecido conjuntivo espesso aderente, como ocorre no caso de queimaduras graves a operação não tem êxito, pois há opacidade constante, mesmo que haja a cicatrização.

Tais casos, de opacidade, o transplante não terá sucesso porque sofre atrofia e nebulosidade.

Quando o limbo corneal necessita de irrigação no caso dos leucomas, necessita de vasos em caso de leucoma quase total, o prognóstico é ruim.

Os maiores contra tempo e os que freqüentemente, ocultam o prognóstico é de alteração da pressão do olho.

A hipertensão como em todas as pressões inter oculares, demonstra um estado do corpo ciliar à atrofia do globo ocular. A hipertensão traz complicação imediata ou tardia a parte da opacidade, onde se dá o maior número de casos. Quando existe antes da operação combate-se por completo o uso de mióticos, especialmente a intervenção cirúrgica.

São condições desfavoráveis que desaconselham a querotoplastia, as lesões no fundo de olho e dos médios transplantes que entorpecem a visão, a microftalmia (estado do olho inferior ao normal) acentuada, penfigo corneal (doença cutânea caracterizada por bolhas de líquido), a ceratites bolhosa e a xeroses (secura e esclerose da pele ou de outro órgão).

FRANCESCHETTI, observou a ineficácia das operações nos casos de queimaduras graves por alcalis (óxidos metálicos, solúveis em água) e nos que obtém resultados favoráveis, mesmo repetindo a operação.

2.3.6 CONDIÇÃO DO OLHO RECEPTOR

As condições favoráveis e desfavoráveis do olho receptor estão exposta a propósito das indicações das operações. Respeitase o estado geral do indivíduo receptor, é lógico que quanto melhor seja suas condições de saúde melhor estará seu olho em condições de cicatrização depois da operação.

A semelhança do grupo sanguíneo a que podem pertencer aos indivíduos doador e receptor, do transplante não tem nenhuma influência, todos os autores estão de acordo com este particular.

Não há dúvidas, nenhuma, que nos jovens a cicatrização é mais rápida.

2.3.7 INSTRUMENTO

Todas as operações oftálmicas precisam de um bom material cirúrgico para alcançar maior eficiência e perfeição possível, mas em nenhuma tem tanta importância na qualidade do material como na ceratoplastia.

O corte da córnea se deve fazer com bisturi, ou trépano impecáveis e as agulhas de sutura devem ser muito finas e bem afiadas, como as que são usadas por GRIESHABER (tipos 81/7 e 82/7) ou as da Johson-Johson (Ethicon), tipo Atraloc (atraumáticas).

As tesouras curvas para completar a cirurgia devem ser precisas.

2.3.8 PREPARAÇÃO DO RECEPTOR

É análoga a preparação para outras operações intra oculares. Se relaxa o enfermo na véspera da intervenção, e lhe é dado calmantes se for preciso, especialmente hipnóticos e anti-histamínicos.

A maioria dos operadores preferem que a pupila esteja dilatada no momento da operação. Outros preferem a pupila contraída.

Isto pode favorecer o tratamento da íris, porém é mais difícil a ferida do cristalino ao efetuar a trepanação.

Dado ao perigo da hipertensão, se trata previamente ao enfermo para diminuí-la, seja com mióticos ou com a operação.

Todas as condições descritas são indispensáveis para a ceratoplastia perfurante, mas para a ceratoplastia não perfurante não tem tanta importância, pois a operação é muito menos delicada ao não ter que perfurar o globo ocular.

2.3.9 ANESTESIA

Na corrente em operações intraoculares, instilação (introduzir gota a gota) acinesia do orbicular e injeção retobulbar. Nos indivíduos inquietos ou com nistagno, acinesia (imobilidade) dos músculos retos.

Alguns cirurgiões empregam anestesia geral.

2.3.10 TRATAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

O repouso é o complemento do ato operatório, e nestas operações é muito necessário, especialmente nos primeiros oito a

dez dias, que o paciente fique em repouso, não sendo necessário o isolamento, pode sentar-se inclusive trocar as posições, sem fazer esforço, apenas movimentos suaves, levantando-se normalmente do leito, ou seja, levantar primeiro o tronco e depois retirar as pernas do leito.

Passados os oito ou dez dias, o paciente poderá levantar-se e guardar repouso relativo, evitando especialmente fechar fortemente os olhos, a tosse e o espirro (corta-se estes mordendo a língua). Se o doente é pacífico e inteligente poderá levantar-se da cama aos 4 ou 5 dias. Depois que passa 6 a 8 dias da operação se coloca gotas ou pomadas de cortisona ou seus derivados, três vezes ao dia.

A vendagem troca-se a cada 2 ou 3 dias, colocando atropina.

Se for feita uma vendagem conjuntival por inversão poderá tirá-la aos 6 ou 8 dias, se foi usado o deslizamento se tira o deslizamento, se retira os pontos e volta pele sã ao seu lugar.

Se era muito fino, as vezes se fura espontaneamente no centro da córnea.

Se são feitos pontos de suturas corneanas, é conveniente esperar e retirar os pontos aos 10 ou 12 dias após a cirurgia. Nos primeiros curativos o transplante aparece coberto de uma falsa membrana não podendo ser trocado, sendo que esta eliminará, ao ser lavada ou por remédio.

O transplante nota-se claramente. Após três semanas da operação podem ser colocados óculos com ganchos para segurar e permitir maior liberdade, na condição de evitar se abaixar e fazer esforço.

Se o transplante se torna turvo nos primeiros dias, muito provável que clareie depois. Se trata de hidratação da córnea antes que esteja cicatrizada a ferida.

2.3.11 COMPLICAÇÕES

A complicação imediata e mais dolorosa é o deslocamento do transplante ou queda no fundo do saco conjuntivo, já que contrariamente ao que parece é muito raro que caia dentro do olho. O deslocamento para o fundo do saco conjuntivo, é hoje excepcional, dados os meios de fixação usados, mas é relativamente freqüente quando não se seguem as técnicas atuais. Em tais casos

é muito difícil voltar a usar o mesmo transplante no seu olho, é preferível fazer, no momento um recobrimento conjuntivo da ferida e repetir a operação, após alguns meses. O que é mais frequente é a defeituosa coagulação do transplante, quer dizer a perda do paralelismo absoluto entre as bordas apiteliais das duas córneas (leucomatosa e transparente). Esta complicação tem importância não só por que facilita a saída, do líquido aquoso ou vítreo, porque as possibilidades de transparência definitiva diminuem se a co-adaptação não for perfeita. Combate-se esta complicação aplicando com cuidado um ou dois pontos de sutura da córnea no local deslocado.

A inclusão da íris na ferida é uma complicação que obriga a intervir e extrair o pedaço da íris incluído.

O inchaço hidrópico do transplante é consequência da falta de co-adaptação: o tecido próprio da córnea se incha e se opacifica em contacto prolongado com o líquido aquoso ou com lágrimas.

A distensão do transplante se apresenta em casos de córneas muito finas e de má constituição, especialmente em córneas fetais.

A opacidade do transplante é mais frequente de todas as complicações, ainda que se apresente constantemente pior é a condição do olho receptor, raro ver resultado paradoxo, opacidade em casos de excelentes condições e transparência definitiva em casos de má condições. A opacidade são às vezes imediatas, começando poucos dias e continua progressivamente, outras vezes é retardada, depois de um período de algumas semanas até alguns meses de transparência. Em (caso) outros casos, após alguns meses uma córnea opaca recupera em grande parte sua transparência. Este último só ocorre quando a opacidade não for intensa.

Com muita frequência se opacifica o transplante, mas a córnea leucomatosa que tinha partes opacas contínuas ao contorno da trepanação se clareia notavelmente.

Isso se ocorre normalmente em casos de queratites* parenquematosa antiga. Em uma cirurgia de queratoplastia*, seguida de opacificação do transplante.

LÖHLEIN, praticou uma heredectomia ótima e eficaz, no qual não pode ser possível antes da queratoplastia*.

*Queratites - é o mesmo que ceratites.

*Queratoplastias - é o mesmo que ceratoplastias.

A opacificação tardia tem sido chamada doença do transplante. Não se conhece todos os fatores que contribui a ela, pois se apresenta inclusive em casos de condições muito boas.

Para combater a opacificação do transplante tem sido usado múltiplos meios terapêuticos (proteínoterapia, diatemia, calor discreto, raios ultravioleta, dionina, pomadas com vitaminas, etc).

FRIEDE, recomenda punções repetidas da punção anterior ainda que não haja hipertensão.

O mais indicado é o uso do cortisona e seus derivados durante 3 meses após a cirurgia.

Se a opacidade não melhora, a melhor é repetir a cirurgia com um transplante de um ou dois milímetros a mais de diâmetro. Em todo caso se espera que passe 3 a 4 meses depois da primeira cirurgia, sendo que o olho tenha permanecido 2 ou 3 meses sem reação.

A hipertensão é uma complicação frequente nos olhos que estavam anteriormente em más condições, é produzida provavelmente por sinéquias, ou pela irritação ciliar que supõe um corpo estranho, ao qual é o transplante da córnea. Se pode combater com mióticos ou punções da câmara anterior, injeção retrobulbar de álcool e caso não ceda, tem que se submeter a uma cirurgia antiglaucomatosa.

Caso exista sinéquias anteriores pós-operatória quase sempre são por inclusão da íris na ferida da córnea. Para desprendê-la pode fazer uma incisão no limbo e cortá-las com uma espátula de íris, ou com sinequiotomas de ANENFELD.

Para a sinequiotomia, CASTROMESO aconselha penetrar na câmara anterior, através de uma ferida escleral paralela ao limbo a uns 7 milímetros dele, analogamente a esclerotomia para a ciclodiálisis. Com uma espátula de 15 milímetros passar entre a esclerótica e a coróides, penetrando na câmara anterior, rompendo as sinéquias. Ato seguido por meio de uma seringa, e uma agulha se injeta ar na câmara anterior para que a íris não fique em contacto imediato com a córnea.

A vascularização do transplante é uma complicação grave, sendo seguida de opacificação do tecido corneal, e não existe meio eficaz de combater. Às vezes, se localiza somente nas ca -

pas profundas no qual o pior prognóstico se faz nas capas superficiais, podendo combater com cortisona, em gotas a um por cento, três vezes ao dia e com irradiações.

RÖNTGEN: 100 radiações durante dez dias. Deve ser feito pela manhã, pois os raios X atuam sobre os vasos mais jovens.

A terapêutica com os raios Beta é eficaz para combater a vasculação do implante (2.000 curas em vinte segundos, cada 10 a 30 dias, de 2 a 4 seções).

Vários autores não as usam, pois temem um atraso na cicatrização ou a diminuição da vitalidade do implante.

A formação de falsa membrana na câmara anterior em cima da Descemet e também de má prognóstico, pois dificilmente se achará, estando como está constituída por exudados organizados fribosamente.

A infecção é a complicação mais funestra, por perder inclusive a estética do globo, já que por pouco intenso que seja se converte em panoftalmia (inflamação generalizada no olho).

Administram-se sulfamidas e se injeta penicilina e estreptomicina por via sub-conjuntiva e geral a penicilina na concentração de 10.000 unidades por cm^3 e a estreptomicina 1 por 1.000.

2.3.12 CERATOPLASTIA REPETIDA

A Ceratoplastia modifica o terreno no sentido de aclarar as opacidade contínuas ao transplante, inclusive em casos que este se opacifica, alguns autores tem repetido a operação enxertando outro transplante no olho operado. Para ele tem que se valer de um trépano de 1 diâmetro pelo menos um milímetro maior e secionar a córnea concentricamente na primeira cicatriz.

2.3.13 RESULTADOS

Os resultados em conjunto reunidos todos os casos operados não pode dar idéia de eficiência a cirurgia, toda a vez que esta eficiência depende em boa parte do critério de cada operador, nas secções de casos operáveis. O operador que seja exigente e somente opere os casos em que a córnea receptora tenha uma espessura normal e zona vizinha seja transparente ou com opacidade puramente superficiais, obterá ao redor de 90 por 100 de transparência definitiva enquanto opera com um mínimo de

probabilidade de êxito e muitas vezes somente para atender uma remota esperança do paciente, terá em média de 20 a uns 15 por cento a menos segundo a proporção de casos bons entre conjunto de operados.

Desde então se pode contar com um resultado definitivo passados até um ano da cirurgia.

A partir dos 3 meses as modificações são mais freqüentes no sentido de (opacidade) opacificar-se a córnea transplantada.

Em resumo, as cifras dos distintos autores não diferem muito se tem em conta as condições anotomopatológicas dos casos, podendo dar-se como cifras as seguintes:

	Transparência	Semi Transparência	Operação
--	---------------	-----------------------	----------

Casos favoráveis

Leucoma central, boa câmara anterior, periferia da córnea transparente, espessura normal, degeneração corneal tipo Groenow, queratocoma.

90 por 100

7 por 100

3 por 100

Casos intermedios

Leucomas difusos, capas profundas pouco alteradas (degenerações corneais, queimaduras térmicas ou químicas ligeiras).

50 por 100

30 por 100

20 por 100

Casos desfavoráveis

Leucomas em toda a espessura da córnea e na zona de trepanação e sua proximidade, córnea vascularizada na superfície.

0 por 100

10 por 100

90 por 100

Casos irreparáveis

Córneas formadas por tecido conjuntivo, queimaduras químicas intensas, manifesta hipertensão, vascularização do tecido próprio da córnea, tendência atrófica do globo.

0 por 100

0 por 100

100 por 100

2.3.14 TÉCNICAS DE CERATOPLASTIAS

Técnicas de Cirurgia Não Perfurante

- Técnica de Von Hippel
- Técnica de Paufigue
- Técnica de Sourdille

Técnicas de Cirurgia Perfurante

- Técnica de Von Hippel - modificada
- Técnica de Filatow
- Técnica de Filatow e Marzinkowsky
- Técnica de Castroviejo
- Técnica de Thomas
- Técnica de Kraupa
- Técnica com Sacabocados
- Técnica de Viener

Técnicas de Cirurgia Total

- Técnica de Filatow
- Técnica de Elschnig
- Técnica de Löhlein
- Técnica de Friede
- Técnica de Casos Atípicos

2.4 BANCO DE OLHOS

A existência de bancos regionais cumprem sua benemérita função e como as dificuldades são inúmeras e não possuem amparo governamental. Unindo esforços dos oftalmologistas, foi criada a Associação Brasileira de Bancos de Olhos e por ocasião do Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado em Salvador, quando ventilou uma idéia mais ambiciosa: a criação de um Banco de Olhos Nacional (BON), ao invés de federação ou associação dos bancos existentes: deve a ABBO ser considerada grande passo para a unificação real, o BON.

No IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira (Belo Horizonte, 1980), Paulo Galvão ressaltou 3 itens que compo - riam as primeiras idéias:

- 1) "Englobar no nosso projeto, com devida vênia, o Anteprojeto do Deputado da Veiga (nº913, 1979) , que, em última análise, é a

autorização para se removerem as córneas de cadáver, sempre que não houver objeção do falecido. Poderá entrar na futura constituição ?

- 2) Transformar aquele anteprojeto num mais abrangente, em que o Governo Federal assumira a responsabilidade de criar um centro de comando, o qual, através de subcentros em todas as regiões do País, supervisionará a distribuição de todas as córneas. Um centro nacional terá, entre outras vantagens, aquela de poder facilmente se articular com Bancos de Olhos de outros países, como Estados Unidos, França, etc.
- 3) Acreditamos que o ponto alto da idéia do Banco de Olhos Nacional será o de finalidade científica com interesse óbvio para a campanha de "Prevenção da Cegueira".

São bastante claros os benefícios decorrentes do projeto. Superar-se-iam as intermináveis filas dos necessitados da cirurgia salvadora. Seria propiciado o estabelecimento de um Centro de Coordenação e Pesquisa (em Brasília, por exemplo), para o qual convergeriam o resto do olho doador e o fragmento removido do olho receptor, acompanhados do correspondente prontuário. Valioso manancial científico, o material submetido à apreciação em alto nível (microscopia óptica e eletrônica, histoquímica, imunologia, genética, etc), revertendo em inestimável conhecimento de incontestável utilidade.³

O Banco de Olhos de Curitiba é uma sociedade civil isenta de fins lucrativos, existente há 15 anos. Seu objetivo é recolher e distribuir gratuitamente olhos doados para transplante de córnea, bem como realizar trabalhos de pesquisa e treinamento para aperfeiçoamento técnico. A sede funciona na Secretaria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, à Rua Princesa Isabel, 1580 (anexo VIII).

Qualquer pessoa pode servir-se do BOC, desde que tenha verificado previamente com um oftalmologista particular ou o serviço médico a que pertença, se o seu caso pode ser resolvido com um transplante. Se a resposta for afirmativa, o médico deverá procurar o Banco de Olhos e inscrever-se junto com o paciente (anexo V).

³ROCHA, Hilton et al. Ensaio sobre a problemática da cegueira: prevenção-recuperação-reabilitação. Belo Horizonte, Editora Fundação Hilton Rocha, 1986.

A entrega dos olhos obedece a ordem cronológica da inscrição e a cirurgia é efetuada pelo médico do receptor, sem qualquer intervenção do BOC. Inexiste o limite de idade para beneficiados ou doadores. A doação de olhos em vida não é permitida e nem mesmo necessária.

Para ser um doador, basta inscrever-se no BOC e, naturalmente, preparar os familiares para que avisem o Banco imediatamente após sua morte, pois os olhos devem ser retirados até o máximo de 4 horas após o falecimento. A comunicação deve ser feita pelo telefone 225-1001.

Qualquer pessoa pode ser doador do BOC, mesmo as que apresentem alguma deficiência visual (miopia, hipermetropia, astigmatismo ou catarata, entre outras), porque o transplante utiliza apenas a córnea. O restante do olho é aplicado em pesquisas oftalmológicas.

Preencher o cartão de doação e enviar para a Sede do Banco de Olhos de Curitiba à Alameda Princesa Isabel, 1580, ou entregar em um de nossos postos de doação (anexo VII).

- CAA-Pr - Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná
- Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná
- Hospital de Olhos do Paraná
- Instituto Glaeff de Oftalmologia
- Clínica São Judas Tadeu

No caso de morte sem prévia doação, os olhos podem ser utilizados pelo BOC, desde que haja consentimento dos familiares e Banco seja avisado a tempo (anexo VII).

Conforme dados publicados nos Estados Unidos em relação à Curitiba, foram transplantados 260 (duzentas e sessenta) córneas nos últimos 2 (dois) anos na cidade de Curitiba.

Em ordem decrescente as patologias mais frequentes registradas no Banco de Olhos de Curitiba e são as principais causas de diagnósticos que levam ao transplante penetrante da córnea.⁴

- Ceratocone: 42,3%
- Ceratites: 14,2%
- Manchas da córnea de diferentes etiologias: 12,7%
- Ceratoplastia bolhosa: 11,9%
- Distrofia: 3,8%
- Retransplante: 3,5%

⁴ ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Anaheim California, 1991.

A Associação Brasileira de Bancos de Olhos, vem se empenhando nesta luta (doação de córnea e transplante de córnea) e para tal, realizar-se-á em Curitiba, nos dias 15 (quinze) e 16 (dezesesseis) de novembro de 1991 o VI Congresso da Associação Brasileira de Bancos de Olhos e o IV Simpósio do Banco de Olhos, onde serão levantados questionamentos sobre o tema "Transplante de Córnea passo a passo" (anexo X).

CAPÍTULO III

DEFICIENTE VISUAL X TRANSPLANTE DE CÓRNEA

3.1 PERDAS BÁSICAS EM RELAÇÃO A SEGURANÇA PSICOLÓGICAS DO DEFICIENTE VISUAL

A perda da visão é um morrer. É o fim de uma certa maneira de viver. A cegueira é um golpe destrutivo para a própria auto-imagem.

Não há um objetivo de vida, o deficiente se revolta com sua situação, pois o deficiente visual possui sérias desvantagens num mundo concebido para pessoas capazes de enxergar. É mais vulnerável emocionalmente, uma vez que o deficiente visual restringe a mobilidade dependente em ambientes não familiares, priva o indivíduo de importantes referências e pistas sociais, pois a visão desempenha um papel importante na comunicação interpessoal, está privado das expressões fisionômicas, gestos e movimentos de outras pessoas. Além da existência de um núcleo depressivo que freqüentemente é o resultado de impedimentos. Como essa pessoa é funcional e socialmente passiva, não se engaja ativamente em contatos sociais com pessoas videntes e fica satisfeita em viver a vida em grande parte como fantasia. Na maioria das vezes seu contato com a realidade é estabelecida através de rádio, televisão, livros falados, e outros. Essa passividade é acompanhada de um desamparo manifesto que serve não somente para estabelecer, mas também para manter sua necessidade de outras ajudas e assistência. Essa pessoa predispõe a ter sintomas físicos tais como dores de cabeça, tonturas, fraqueza e mal estar geral, dificuldades menstruais, artritismo e outros problemas afetando a mobilidade.

Sua passividade e desejo de ser "alimentados" freqüentemente resultam em problemas reais, tais como, obesidade e degeneração física relacionadas com a falta de atividade física e muitas vezes procura conselhos médicos apoiando-se fortemente em

suas orientações. Seus sintomas físicos, embora reais em muitos casos, também exigem cuidados, afeição e atenção. É criada uma barreira de difícil transposição quanto a superação da deficiência é inerente ao indivíduo, não dá oportunidades ao deficiente de se interar como os não incapacitados.

O comportamento do deficiente visual é até justificável, pois o público em geral não sabe relacionar-se com uma pessoa incapacitada.

Biklen e Bogdan enumeram as seguintes reações mais comuns:

"Primeiro, há uma tendência em pensar-se que o incapacitado é uma pessoa triste.

Segundo, há uma tendência nítida para piedade.

Terceiro, as pessoas não deficientes algumas vezes fixam-se tão intensamente sobre a incapacidade dos outros que se lhes torna impossível reconhecer que a pessoa que é incapacitada, é também, simplesmente uma pessoa com muita das mesmas emoções, necessidades e interesses que as outras possuem.

Quarto, as pessoas incapacitadas são comumente tratadas como se fossem crianças.

Quinto, é a evitação. Ter uma deficiência freqüentemente significa ser evitado, ser ignorado e ser encarado a distância.

Sexto, é o humor tomando conta da deficiência por meio de piadas.

Sétimo, as pessoas com incapacidades não conseguem ter voz ativa, é como se não estivessem presentes ou não pudessem falar." 5

Há estudos que diz que a Cegueira é a que provoca atitudes mais negativas, embora o cego seja considerado dos mais competentes e sofre também discriminação por parte da maioria. E o que afeta psicologicamente é o seu sentimento, porque este está voltado para a deficiência.

Esta discriminação que envolve a pessoa deficiente é resultado da concepção de deficiente no decorrer dos tempo, desde a Idade Média.

Durante muito tempo, os cegos foram considerados como seres inúteis, como uma espécie inferior, totalmente voltada a

⁵ARTIGO DA FUNDAÇÃO PARA O LIVRO DO CEGO NO BRASIL. Cegueira e visão subnormal. São Paulo, 1986.

ignorância.

Em Esparta, uma criança ao nascer era submetida a testes de resistência, que lhe dariam o direito à vida ou não.

Os judeus respeitavam o deficiente, mas não lhe permitiam o acesso a posições nobres.

A mentalidade hebraica interpretava a existência de defeitos físicos como castigo divino, procuravam as famílias ocultar os portadores de deficiências, porque viam-nos como uma espécie de maldição dos céus.

Com o cristianismo, o amor ao próximo foi ressaltado e a sociedade iniciou um processo de amparo e proteção aos "incapacitados". Mas mesmo assim, a sociedade dava condições mínimas de sobrevivência, contudo, ainda o mantinha isolado, segregado, por vê-lo como um indivíduo digno de piedade sem a menor potencialidade.

A partir do método de leitura táctial, chamada Braille, em torno de 1830, é que os cegos tiveram acesso às escolas, ao mundo exterior e ao lazer, garantidos por alguns decretos e organizações.

Esse acesso é bem restrito hoje em dia, pois o que existe segundo entrevistas com cegos é um cuidado superficial para com os deficientes.

Notou-se que a grande maioria dos cegos entrevistados, na cidade de Botucatu, São Paulo, apesar de viver com suas famílias, tem o tempo ocioso. Tal fato se justifica pela superproteção de seus familiares e amigos.⁶

Constatou-se também, queixas a Previdência Social devido à precariedade dos programas de reabilitação para o deficiente visual.

Há aqueles que se queixam do isolamento no seio familiar. Cada membro da família, ocupado com seus próprios afazeres ou perdidos na luta pela sobrevivência, não dispõe de tempo nem para uma conversa agradável. Assim, o lazer fica restrito ao rádio, televisão ou alguma visita eventual de um amigo. Cabe ressaltar aqui as práticas religiosas muito frequentes, às vezes até doentias.

Outro problema a destacar é a falta de desempenho das atividades da vida diária. Necessitam de outras pessoas até nas

⁶ROCHA, Hilton et al. Ensaio sobre a problemática da cegueira: prevenção-recuperação-reabilitação. Belo Horizonte. Editora Fundação Hilton Rocha, 1986.

medidas de higiene, vestuário e alimentação.

A dependência se estende à locomoção, andar em ruas desconhecidas só é possível com acompanhante.

No que tange a escolaridade, a maior parte é analfabeta devido às péssimas condições financeiras.

A falta de recursos na zona rural torna os deficientes indivíduos isolados, longe dos meios de comunicação e onerando a sociedade. Isto leva a uma acomodação da família e do próprio deficiente, dando a impressão de que são seres incapacitados e anormais.

Quando conseguem chegar aos grandes centros urbanos, são envolvidos nas pseudoprofissões e mais uma vez as barreiras da sociedade capitalista os impedem de ter uma vida normal. É preciso salientar, a consciência que eles têm da piedade sentida por eles e da esmola oferecida. A sociedade usa desta esmola no intuito de encobrir o problema e não reconhecê-lo como indivíduo produtivo.

A luta pelo acesso aos direitos é uma constância no cotidiano dos deficientes. A tramitação burocrática, o adiamento dos pedidos e as filas, levam-nos ao isolamento e ao conformismo.

A sociedade cria seus "handicaps" para depois isolá-los numa prática de não reconhecê-los como seres integrantes da vida comunitária.

Para que um país inicie um processo de desenvolvimento precisa reconhecer a existência de seus deficientes, reintegrá-los no processo de produção e principalmente criar medidas de prevenção, seguida da recuperação e reabilitação.

Já que a medicina preventiva no Brasil não é suficientemente valorizada, deveria existir um empenho grande do governo de recuperar órgãos passíveis de transplante e estimulação e doação para os pacientes que deles necessite.

No Estado do Paraná, o governo está se preocupando com esse problema e estabeleceu o ano de 1991 como Ano Estadual dos Transplantes, sancionando a Lei dos Transplantes - LEI nº 9479 DATA 17 de dezembro de 1990 que: Dispõe sobre estímulos especiais a pessoa física que, conforme especifica, doar em vida, órgãos passíveis de serem transplantados, quando de sua morte.⁷

⁷ ANO ESTADUAL DOS TRANSPLANTES. Lei dos transplantes no Paraná, Curitiba, 17/12/1990(anexo III).

3.2 A DOAÇÃO DA CÔRNEA SOB O PONTO DE VISTA DE ALGUMAS PESSOAS

Consultadas algumas pessoas que tiveram a ação benemérita de doar a córnea de seu ente querido falecido, sentiram-se gratificadas e orgulhosas por terem feito esse gesto, sabendo que proporcionaram alegrias inegaláveis a pessoa receptora e é uma demonstração de muito amor pelo próximo, já que atualmente o que existe entre as pessoas são atos mesquinhos e individualistas.

Houve pessoas que disseram que a doação de um órgão é uma ação de grande importância tanto para a pessoa que autorizou a retirada da córnea de seu ente querido, quanto àquele que recebe, sendo que o primeiro terá na terra, onde vive os seres humanos mortais, um fragmento de ordem física de seu ente querido que não está mais ao lado deles.

Outras, além da autorização da doação possuem um relacionamento amigável com o receptor da córnea, pois acham que desta forma o ente querido falecido permanece vivo no corpo de outra pessoa e ao alcance deles.

Surgiu caso em que a pessoa só se conscientizou que deveria doar suas córneas em vida, depois de 3 (três) anos de reflexão sobre o assunto, disse que é um problema delicado e desconhecido da população.

De 15 (quinze) pessoas consultadas se doariam a córnea em vida, todas responderam afirmativamente, mas no momento de fazer o registro no cartão oficial de doação do Banco de Olhos, apenas 2 (duas) pessoas assinaram e as demais pediram um tempo para pensar.

Em cima destas duas últimas colocações, percebeu-se que estas pessoas não tem segurança quanto a doação de seus órgãos em vida, há necessidade de um amadurecimento frente ao ato de doar, que parece simples, mas que na verdade é complicado. Para assinar o cartão de doador a pessoa deve se desligar de todos os preconceitos e estar consciente do que está assinando.

3.3 A IMPORTÂNCIA DO TRANSPLANTE DE CÔRNEA

A visão é de suma importância para os indivíduos se locomoverem, ver as cores, participar do mundo vidente.

Uma das partes principais é a córnea, a qual fornece a entrada de imagens (refração), sendo enviadas para o interior do olho, até o cérebro.

A córnea, camada de proteção do globo ocular, cujo epitélio é diariamente destruído e renovado. Essas captam o pó, chuva, etc., e morrem rapidamente ao ar livre, sendo constantemente substituídas por novas células recém formadas.

Sendo a córnea um órgão substituível e de fácil cirurgia, deveria ser de fácil acesso a colocação de uma nova córnea.

Com o transplante, o olho se torna normal, passando a enxergar, tudo se modifica, tudo o que era difícil vai se tornando fácil (anexo II).

A alegria de continuar a viver vai aumentando. Os detalhes, as cores e as expressões faciais das pessoas não vistas antes vão dando sentido ao ato de ver.

Começa-se a se pensar em construir uma nova vida, adquirindo segurança para ocupar seu lugar na sociedade.

Há pessoas que estão empenhadas neste trabalho e procuram conscientizar a população do ato solidário, que é a doação da córnea ou de outro órgão como, o Diretor do Banco de Olhos de Uberlândia, Dr. Renzo Sansoni, que usando palavras de modo a sensibilizar a população escreveu:

"Enquanto você estiver lendo estas linhas, uma pessoa em qualquer parte do Brasil está ficando cega! As causas da cegueira são muitas, indo de acidentes, diabetes, uso errado de colírios, glaucoma, hipertensão arterial (pressão alta), uso abusivo de álcool e cigarro, tumores, inflamações, carência alimentar, etc. São milhares de cegos por este Brasil afora. São milhares de olhos enfermos e entregues ao mundo das trevas, suplicando seus portadores, num mar de angústia e de pouca resignação. Muitos casos são fatais, permanecendo a medicina impotente perante eles; simplesmente não há o que fazer para recuperar-lhes a visão. Porém, muitos e muitos casos de cegueira podem ser recuperados! Principalmente quando a causa estiver na córnea. Nestes casos, a ciência médica está triunfando sobre a doença, através do transplante de córnea.

Por este motivo foram criados vários Bancos de Olhos em todo o país, visando recuperar aqueles pacientes passíveis de cura cirúrgica,

num trabalho extraordinário de pessoas abnegadas. Em sintonia com os maiores centros médicos do mundo, o Brasil é um exemplo no combate à cegueira por lesões na córnea, merecendo os maiores elogios da comunidade médica internacional. Porém, um grande obstáculo ainda segura o Brasil: o número de doações de olhos para transplante é muito pequeno!

Muitas famílias não permitem a doação dos olhos de seus entes queridos. Esta é uma situação difícil e que precisa mudar para melhor, pois a solidariedade para com o próximo deve falar mais alto do que nossa emoção pela perda de um familiar. Devemos voltar nossos olhos para Cristo, que nos doou sua vida para remissão de nossos pecados. Este exemplo bíblico deve nortear nossa consciência e decisão.

O Banco de Olhos de Uberlândia caminha junto com a Associação Brasileira de Banco de Olhos nesta luta contra a cegueira. Muitos transplantes de córneas já foram realizados aqui, ajudando muita gente, possibilitando a volta ao trabalho, à escola, ao convívio com a sociedade vidente. Mas, o número de doações de olhos é insuficiente para atender aos que estão na fila esperando por uma córnea. Por isto você está convidado a participar, doando seus olhos em benefício dos olhos que sofrem."⁸

Em Curitiba, O Deputado Algaci Tulio apresentou projetos sobre transplantes de órgãos e que foram aprovados pela Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, tornando-se Lei, citada anteriormente. Importante é a sua justificativa que cabe colocar neste estudo:

"Muitos me pergutam porque apresentei estes projetos sobre os transplantes de órgãos. Não sou médico e, pelo menos ainda, não sou um transplantado.

Sou humano e tenho meus olhos como testemunha de uma realidade indiscritivelmente trágica, eis que pessoas potencialmente capazes estão com suas vidas limitadas, aguardando

⁸ SANSONI, Renzo. Carta ao leitor. Uberlândia, 1989.

o transplante de um órgão para restabelecer-lhes funções vitais.

Na minha vida profissional - e aí vão 30 anos de rádio - e política, convivo diariamente com estas pessoas, que já têm a alma impregnada da esperança da vida - esperança que só materializa-se pelo ato solidário da doação.

Promovi muitas e grandes campanhas para possibilitar transplantes de órgãos em pessoas carentes, porque nestes tempos modernos, se as ciências deram passos gigantescos, permanecem preconceitos e tabus que se constituem em verdadeiros obstáculos ao prolongamento da vida.

É minúscula a parcela da população que, voluntariamente doa os seus órgãos para possibilitar outras vidas, quando a sua deixar de existir.

Para mudar essa realidade, é preciso que o Poder Legislativo e o Estado, como um todo, assumam a sua responsabilidade. E ela se traduz, exatamente, na criação de estímulos especiais a pessoas que doarem, em vida, órgãos passíveis de serem transplantados quando da sua morte.

As Leis estão aí, e representam apenas uns poucos passos na longa caminhada para aliviar a angústia de muitos paranaenses que necessitam de órgãos e calor humano para continuar vivendo."9 (anexo III)

⁹TULLIO, Algaci. Lei dos Transplantes: Justificativa do projeto de lei dos Transplantes, Curitiba, 1990.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para desenvolver o presente estudo, julgou-se necessário a aplicação de 01 questionário aos responsáveis das pessoas falecidas que vão ao Instituto Médico Legal de Curitiba esperar a liberação do corpo de seu ente querido e no Serviço Funerário Municipal de Curitiba, que é um departamento da Prefeitura Municipal de Curitiba responsável pelo registro de todos os óbitos da capital.

4.2 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO E DA AMOSTRA

Familiares responsáveis pelo cadáver no Instituto Médico Legal de Curitiba, no Serviço Funerário Municipal de Curitiba e doadores em Clínica Oftalmológica.

Para a amostragem foram pesquisadas 20 (vinte) pessoas responsáveis pelo falecido e que poderiam autorizar a retirada da córnea se assim o desejassem.

Para verificar a vontade de pessoas serem doadoras pesquisou-se 15 (quinze) informantes em escola pública estadual do Paraná.

4.3 MÉTODOS E TÉCNICAS UTILIZADAS

Após selecionadas as obras pertinentes ao assunto, foram feitas as leituras e recolhidas as informações que sustentaram a teoria do trabalho. Em seguida, foram organizadas e dirigidas as informações coletadas.

4.4 DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

Este instrumento foi elaborado para se obter informações que permitam detectar índice de pessoas que já ouviram falar em

Banco de Olhos e motivos da doação ou não doação de órgãos.

4.5 DO INSTRUMENTO E DA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O instrumento da coleta de dados apresenta informações referentes: ao informante, ao cadáver, ao Banco de Olhos, a doação de órgãos e aos motivos que levam a doação ou não das córneas "post mortem" decorrentes de decisão dos familiares responsáveis. (anexo nº 1)

Vale salientar que 20 pessoas foram abordadas para responderem o questionário, sendo que 15 (quinze) manifestaram o desejo em não responder o instrumento da coleta de dados e somente 05 (cinco) responderam.

Dos sujeitos questionados (20), a sua maioria (75%) não quis responder o instrumento apresentando os motivos a seguir:

- * não era hora oportuna;
- * não tinham tempo para perder;
- * esta intervenção pelos pesquisadores à família era um ato desrespeitoso perante a situação que estavam passando, naquele momento, e outros.

Analisando esses motivos nota-se que os familiares sentem-se ofendidos em serem abordados por pesquisadores no momento em que seus pensamentos estão voltados na perda de seu ente querido.

Talvez esta postura esteja apoiada na distorção de informações sobre a doação de órgãos, levando assim a interpretações diversas: como ofensa à família, desrespeito ao morto e outros, pois se fosse realizado trabalho educativo junto à população, provavelmente não se teria 15 pessoas de 20 deixando de responder o questionário.

Tabela I
Doação de órgãos

Quesitos	Nº respondentes			
	SIM	%	NAO	%
1. ouviu falar Banco de Olhos	5	100	-	-
2. doação de órgãos do ente querido	-	-	5	100
3. contra a doação	5	100	-	-

Nota-se que embora 100% já tenha ouvido falar no Banco de Olhos, os mesmos são contra a doação de órgãos.

Talvez deva-se fazer um trabalho junto à sociedade para passar as informações corretas sobre os benefícios da doação e o não prejuízo algum ao doador.

Tabela II
Motivo contra a doação das córneas

Motivo	Respondentes	
	Nº	%
religião	-	-
estética	3	50,00
desconhecimento do desejo do falecido	2	33,34
não tem amparo legal*	1	16,64

* apresentado pela respondente

Observa-se que 50% dos sujeitos entrevistados atribuem ao fator estética a não doação das córneas. Fica evidenciado, novamente, o desconhecimento da não alteração da estética ao transplantar a córnea.

Tabela III
Dados sobre o informante quanto a sexo, idade e grau de instrução

Sexo		Idade		Instrução		
Masc.	Fem.	26-34	56-61	1º grau inc.	2º grau	3º grau
04	01	03	03	01	03	01

Dos 05 informantes, 2 são irmãos, 02 são filhos e 01 é mãe. Somente 01 informante não é de Curitiba, é da Região Metropolitana de Curitiba (Campina Grande do Sul).

Pela tabela nota-se que quase todos os informantes (4) são do sexo masculino. Apenas 01 não concluiu o 1º grau, portanto 80% tem além do ensino de 1º grau.

Observa-se que embora o nível de instrução é significativo, os 100% são contra a doação das córneas (ver tabela I).

Tabela IV
Dados sobre o cadáver

Sexo	Idade (anos)	Causa da morte
Fem.	04	asfixia
Masc.	42	ins. cardíaca
Masc.	44	câncer
Masc.	61	derrame
Fem.	96	embolia pulmonar

Nota-se que não houve coincidência na causa da morte e que mais de 50% (60%) são do sexo masculino. Ainda que a pessoa que mais viveu pertence ao sexo feminino.

4.6 ANÁLISE DIAGNÓSTICA

4.6.1 DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

As pesquisadoras sentiram dificuldade em aplicar o instrumento às pessoas responsáveis pelo cadáver.

A aplicação exigiu inicialmente relacionamento informal para se chegar ao objetivo. A família já abalada pela perda de seu ente querido teve dificuldade em entender a importância do trabalho para a sociedade no que tange à transplante de córnea e que poderia vir a beneficiar não somente pessoas estranhas a elas como conhecidas.

Ad negarem em responder o instrumento, embora naquele momento estivessem chocadas com o impacto da morte e que deixariam este assunto para outra oportunidade e a forma em que os respondentes apresentaram os dados, levou as pesquisadoras a interpretarem que queriam terminar logo, escolhendo a alternativa que não dava chance de se prolongar.

4.6.2 DAS INFORMAÇÕES SOBRE A RETIRADA DA CÓRNEA

As famílias desconhecem que a córnea que se é retirada é somente uma película transparente que cobre a pupila, cujo tamanho é semelhante a tampa de vidro de relógio pequeno de pulso, portanto parecida com lente de contacto, porém mais fina.

Frente a esse dado fica descartada a possibilidade da

retirada da córnea ferir a estética do cadáver.

Embora as pessoas tenham ouvido falar em Banco de Olhos, não detêm informações suficientes para poderem perceber e contribuir na diminuição da fila de espera de deficientes visuais que aguardam a doação da córnea.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 CONCLUSÕES

A fundamentação teórica apresentada no capítulo I evidencia a preocupação de se obter doações de córnea, ampliando a possibilidade das pessoas com problemas visuais a enxergarem.

A literatura levantada sobre o tema é escassa, dificultando estudo mais aprofundado.

Quase nenhuma instituição tem se preocupado com a problemática, a não ser o Banco de Olhos e mesmo assim necessitando aprimorar seus estudos e mecanismos de divulgação (anexo IX, XI, XII).

No que se refere a legislação sobre doação de órgãos, no Paraná, é bastante recente, sua aprovação se deu em 17 de dezembro próximo passado (Lei nº 9479/90).

Frente a esta situação as filas de espera de doadores tem tido dificuldades em diminuir, não possibilitando atendimento mais rápido aos deficientes visuais que necessitam de transplante de córnea.

A pesquisa de campo revelou que os informantes não realizam o ato da doação das córneas por preconceitos e estes pesam mais que o ato de solidariedade para com o próximo.

Os 100% dos respondentes (5) são contrários à doação da córnea de seu ente querido, alegando motivos como: modificação na estética do cadáver, desconhecimento da vontade do falecido e não ter amparo legal.

Observando a literatura, nota-se avanço em relação as técnicas na retirada da córnea, enquanto que antigamente a retirada era do globo ocular hoje é apenas de uma película semelhante a lente de contacto, porém mais fina.

Interfere-se aí o desconhecimento deste avanço por parte da população.

Entre os motivos alegados pelos familiares, responsáveis pelo cadáver, que não desejaram responder o instrumento da coleta de dados, aparece que não é o momento de serem entrevistado numa hora tão dolorosa, pois é recente a perda do familiar e chegam a atribuir aos pesquisadores falta de respeito com a família e com o morto. No entanto, analisando o fato nota-se que essa postura é reflexo da nossa cultura, pois o transplante da córnea necessariamente deve ocorrer antes das 24 horas "post mortem" chegando, inclusive, em alguns casos precisar acontecer até 6 horas "post mortem".

Pode-se entender claramente que as pessoas são movidas, nessa hora, pelo impacto emocional não dando, quase flexibilidade para o racional, não aceitando assim que aquele momento é o ideal para a realização da doação da córnea.

A pesquisa de campo também detectou que apesar das pessoas (15) que responderam que doariam suas córneas, somente 02 (duas) assinaram a ficha do Banco de Olhos. No entanto se for feita projeção observa-se que é significativo o índice de 13,33% de doadores considerando o quadro atual da sociedade (falta informações, preconceitos, impacto emocional (dor)-no caso dos familiares-, mecanismos de divulgação precários, e outros).

Outra conclusão seria a satisfação dos familiares que tiveram a iniciativa em doarem as córneas de seu ente querido frente ao bem que se realizou tanto para o receptor das córneas como para eles, no sentido de encararem esse ato como a continuidade da existência de seu parente.

5.2 RECOMENDAÇÕES

Para que haja um melhor entendimento das pessoas quanto aos benefícios da doação da córnea, recomenda-se:

- a) Repetição deste estudo aumentando quesitos sobre a doação da córnea;
- b) Participação efetiva dos meios de comunicação na divulgação das informações sobre os benefícios da doação da córnea;
- c) Incentivo para desenvolver pesquisas na área de Deficiência Visual;
- d) Ampliar a aplicação do questionário em situações diversas, não somente para familiares de falecidos;

- e) Desenvolver nos currículos escolares temas que mostrem os benefícios que os transplantes oferecem;
- f) Que os órgãos públicos envolvidos diretamente sobre o tema (Secretaria de Saúde, de Educação, Legislativo e outros) promovam eventos com o objetivo de esclarecer a população dos benefícios da doação da córnea.

2

.

-

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INFORMANTE:

INICIAIS: _____

IDADE: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: 1º grau 2º grau 3º grau

PARENTESCO: pai mãe irmão tio outros

CIDADE: _____

ESTADO: _____

INFORMAÇÕES DO MORTO:

CAUSA DA MORTE: _____

SEXO: Fem Masc

IDADE: _____

QUESTIONÁRIO AO INFORMANTE:

0(a) Senhor(a) já ouviu falar do Banco de Olhos de Curitiba ?

sim não

1) Você doou os órgãos do seu ente querido ?

sim não

2) Quais: córnea

rim

coração

outros

3) Se não Por quê ?

não saber como fazê-lo (segue para nº5)

esquecimento (segue para o nº 5)

contra (segue para nº 4)

outros (segue para nº 5)

4) Contra por:

religião

estética

desejo do falecido

outros

5) Você doaria agora ?

sim

não

6) Se sim, por quê ?

vontade do doador

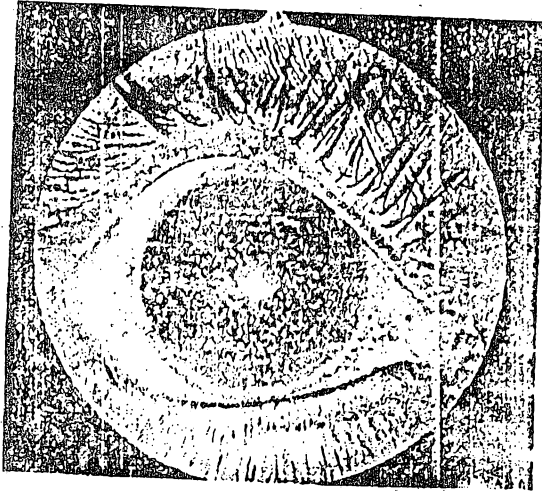
desejo da família

outros

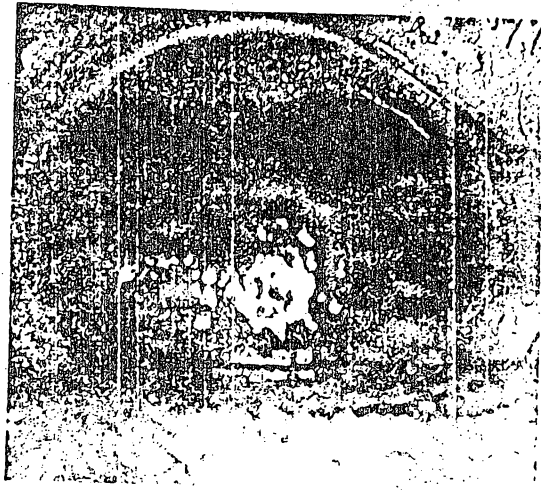
ANEXO II
PATOLOGIAS DA CÓRNEA

Distrofia Corneana

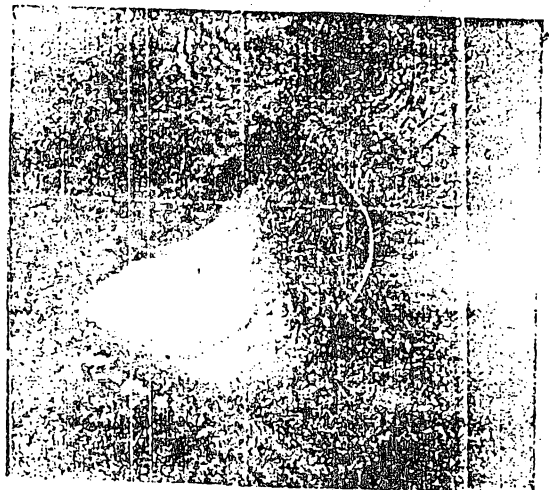
Distrofia corneana hereditária.



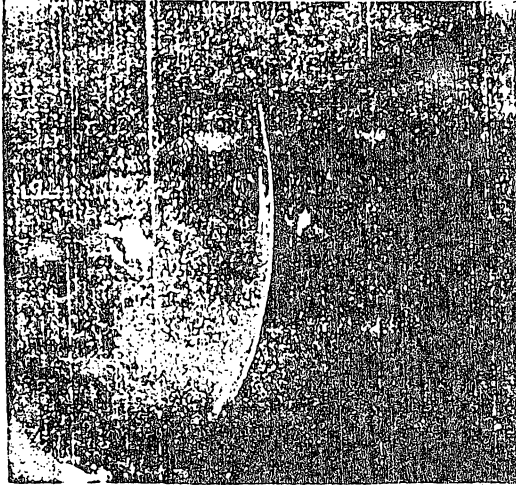
Distrofia corneana de Fuchs, com edema corneano difuso.



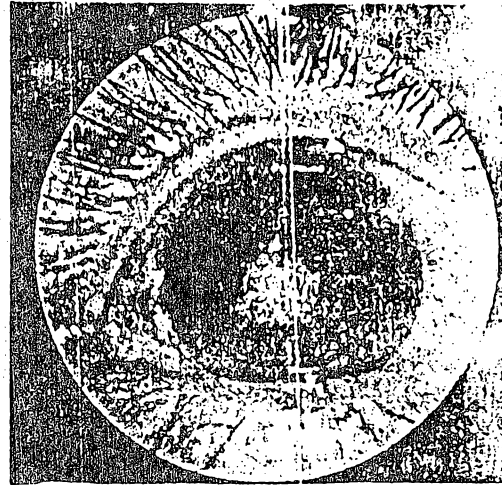
Ceratocone com córnea cônica e opacidade do ápice.



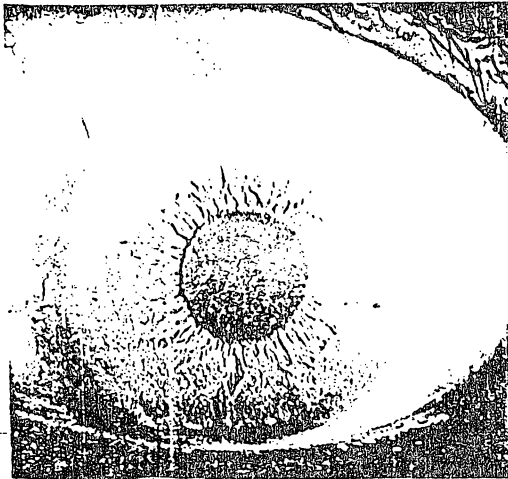
Opacidade Corneana



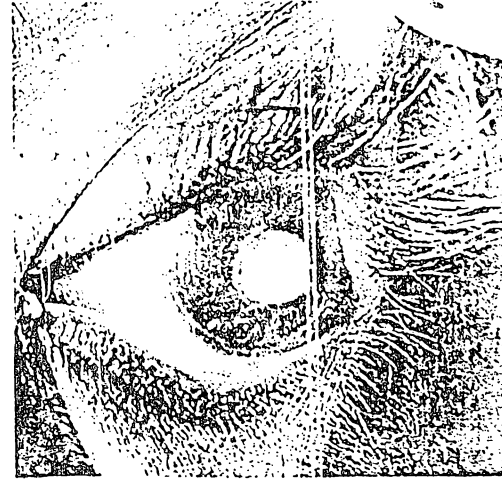
Fotografia de ceratite intersticial mostrando espessamento estromal, opacidade com vasos corneanos anormais.



Opacidade corneana causada por Herpes simplex (ceratite disciforme).

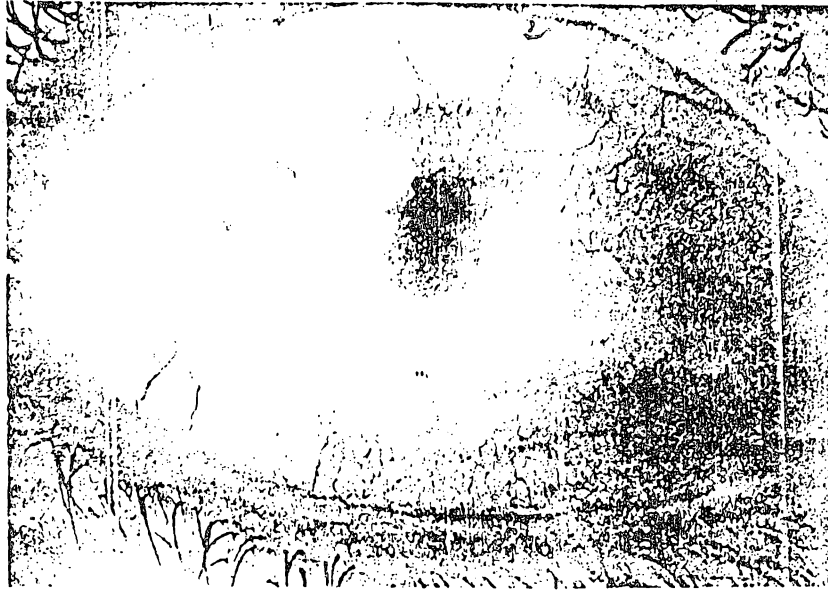


Arco senil na periferia corneana. (Nunca afeta a visão).

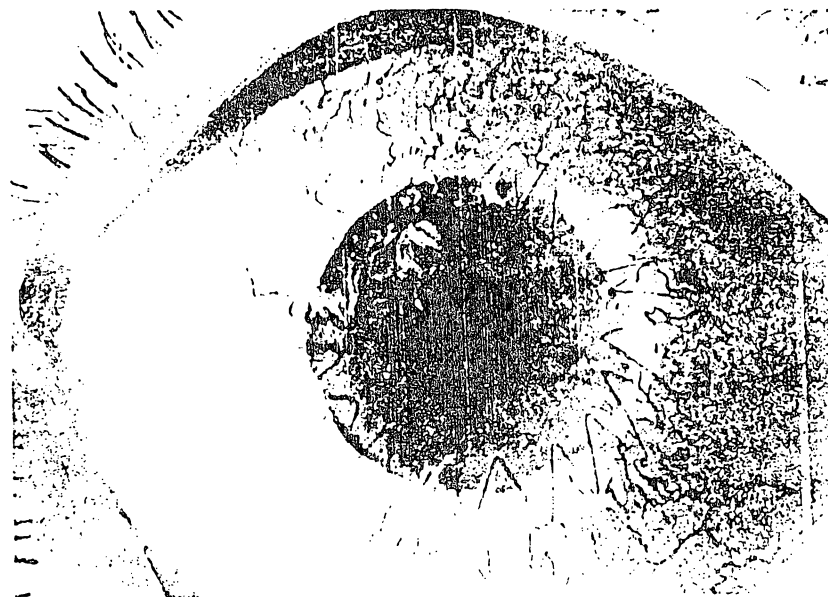


Opacidade corneana central depois de ceratomalácia devida a deficiência de vitamina A.

Opacidade Corneana e Enxerto de Córnea



Antes da cirurgia, opacidade corneana densa que causa cegueira.



Depois da cirurgia, enxerto penetrante claro de córnea com sutura de monofilamento de nylon 10/0.

ANEXO III

LEI DOS TRANSPLANTES NO PARANÁ

mente, consultados os demais poderes, pessoas e entidades vinculadas ao assunto.

Art. 10 — Para o planejamento, organização e execução das atividades a cargo dos Irês Poderes, será formada uma Comissão Especial composta por dois representantes do Poder Executivo, dois representantes do Poder Legislativo, dois representantes do Poder Judiciário e, a convite, dois representantes de entidades privadas ou fundações.

Parágrafo único — A Comissão Especial será constituída por iniciativa do Poder Legislativo, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da promulgação desta Lei, devendo ser presidida por um de seus membros, eleito dentro os demais.

Art. 11 — Em conjunto, o Poder Legislativo, o Governo Estado, o Poder Judiciário e entidades convidadas promoverão concursos de reportagens e monografias que deverão versar sobre transplantantes de órgãos.

Parágrafo 1: — A Comissão Especial, a que se refere o artigo 10, expedirá os regulamentos dos concursos mencionados no "caput", presidiendo sua realização.

Parágrafo 2: — O concurso de reportagens abrangerá a imprensa escrita, falada e televisada.

Parágrafo 3: — O concurso de monografias contemplará as áreas de ensino de primeiro, segundo e terceiro graus.

Art. 12 — Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO EM CURITIBA, em 12 de dezembro de 1990.

Álvaro Dias - Governador do Estado

Sebastião Rodrigues Pimentel - Secretário de Estado da Saúde.

1991

Ano Estadual dos Transplantes

A vida depende de um gesto

APOIO

- Conselho Regional de Medicina
- Associação Paranaense de Portadores de Doenças Renais, Doadores e Transplantados Renais - APATRANS
- PRÓ-RENAL
- Instituto Paranaense de Cegos
- Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia
- Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
- Unidade de Transplante Renal dos Hospitais Cajuru e Evangélico
- Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa



Doe órgãos

Informe-se nos hospitais
de sua cidade ou pelo
telefone (041) 254-7522
Ramal 315/317

Assembléia Legislativa do Paraná

Dep. Algaci Tulio

Centro Cívico Bento M. da Rocha

Edifício Tancredo Neves - Gabinete 403

Lei dos Transplantes

LEI N: 9479

Data: 17 de dezembro de 1990.

Súmula: Dispõe sobre estímulos especiais a pessoa física que, confor-
me específica, doar em vida, órgãos passíveis de serem transplantados,
quando da sua morte.

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

Decretou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1: - O Estado concederá estímulos especiais, nos termos desta lei, às pessoas físicas, com menos de sessenta e cinco anos de idade, com capacidade civil pleno, residentes em território paranaense, que doarem, em vida, órgãos passíveis de serem transplantados, quando da sua morte, com o propósito de restabelecer funções vitais à saúde.

Art. 2: - O doador deverá manter, em seus documentos, comprovante de doação que lhe será fornecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 3: - A Secretaria de Estado da Saúde promoverá os registros e organizará cadastro, permanentemente atualizado, das doações a que se refere a presente lei, franqueando-o a todas as instituições e pessoas interessadas.

Art. 4: - O Poder Executivo, através da Secretaria de Estado da Saúde, outorgará, aos doadores, Certificados de Reconhecimento Público, divulgando, no Diário Oficial, a cada mês, a relação das doações formalizadas no período.

Art. 5: - Os doares terão prioridade do atendimento à saúde, junto às unidades sanitárias, ambulatoriais ou hospitalares, integradas ao SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) ou a outro sistema oficial que o venha suceder.

Art. 6: - Em igualdade de condições, e a seu requerimento, os doares terão prioridade assegurada em programas sociais promovidos pelo Estado, desde que beneficiem sua saúde.

Art. 7: - Quando da morte do doador, caso seus órgãos sejam utilizados para transplante, o Estado, a requerimento da família, custeará despesas adicionais de hospitalização e serviços funerários, decorrentes da doação.

§ 1: - Os benefícios previstos neste artigo estendem-se às doações "post mortem", decorrentes de decisão dos familiares responsáveis.

§ 2: - Para efeito do cálculo dos valores de que trata este artigo será utilizada a tabela do Instituto da Previdência do Estado.

Art. 8: - A retirada e o transplante de tecidos e órgãos somente poderão ser realizados sob responsabilidade da equipe médica ou médico da capacidade técnica comprovada em instituições autorizadas.

§ 1: - A remoção de órgãos e tecidos somente se dará após constatação da morte, observados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2: - É vedado ao médico participar do processo de diagnóstico de morte ou de decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida do possível doador, quando pertencer à equipe de transplante.

Art. 9: - Periodicamente, através de folhetos, cartazes, noifcias na imprensa, etc., devem ser divulgados os fatores primordiais e indis-

Art. 10 - Periodicamente, a correspondência oficial, contra-cheques, contas de luz, extratos de conta e outros documentos oficiais, devem conter mensagens incentivando a doação de órgãos - impressas, carimbadas ou mediante registro mecânico apropriado.

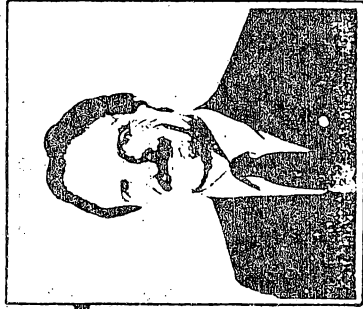
Art. 11 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO EM CURITIBA, em 17 de dezembro de 1990.

Álvaro Dias - Governador do Estado

Sebastião Rodrigues Pimentel - Secretário de Estado da Saúde

Gino Azzolini Neto - Secretário de Estado da Administração



Muitos me perguntam porque apresentei estes projetos sobre os transplantes de órgãos. Não sou médico e, pelo menos ainda, não sou um transplantado.

Sou humano e tenho meus olhos como testemunha de uma realidade indiscritivelmente trágica, eis que pessoas potencialmente capazes estão com suas vidas limitadas, aguardando o transplante de um órgão para restabelecer-lhes funções vitais.

Na minha vida profissional - e aí vão 30 anos de rádio - e pessoal, convivo diariamente com estas pessoas, que já têm a alma impregnada da esperança da vida - esperança que só materializa-se pelo ato solidário da doação.

Promovi muitas e grandes campanhas para possibilitar transplantes de órgãos em pessoas carentes, porque nestes tempos modernos, se as ciências deram passos gigantescos, permanecem preconceitos e tabus que se constituem em verdadeiros obstáculos ao probongamento da vida.

É minúscula a parcela da população que, voluntariamente doa os seus órgãos para possibilitar outras vidas, quando a sua deixar de existir.

Para mudar essa realidade, é preciso que o Poder Legislativo e o Estado, como um todo, assumam a sua responsabilidade. E ela se traduz, exatamente, na criação de estímulos especiais a pessoas que doarem, em vida, órgãos passíveis de serem transplantados quando da sua morte.

As Leis estão aí, e representam apenas uns poucos passos na longa caminhada para aliviar a angústia de muitos paranaenses que necessitam de órgãos e calor humano para continuar vivendo.

o Ano dos Transplantes

LEI N: 9465

Data: 12 de dezembro de 1990.

Súmula: Dispõe sobre o "ANO DOS TRANSPLANTES" no Estado do Paraná, e adota outras providências.

A Assembléia Legislativa do Estado do Paraná - Decreto, sanciona a seguinte lei:

Art. 1: - É denominado o ano de 1991 como o "ANO DOS TRANSPLANTES", no Estado do Paraná.

Art. 2: - Os Poderes Legislativos, Executivo e Judiciário deverão atenção especial a medidas que visem mobilizar a opinião pública que relate à doação de órgãos e destinação de recursos para transplantes, nos termos da lei.

Art. 3: - O Estado, através de seus órgãos normativos e executivos, dará ênfase especial a um programa integrado, que objetive a conscientização institucional e comunitária na preservação da saúde, por meio de doações de órgãos para transplantes cirúrgicos.

Art. 4: - Fica lançada a "CRUZADA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃO PASSÍVEIS DE SEREM TRANSPLANTADOS", que deverá incentivar e colaborar nas medidas a serem implantadas, quer pelo Poder Executivo quer pela comunidade, no "ANO DOS TRANSPLANTES".

Parágrafo 1: - Ao Poder Público, especialmente através da Secretaria da Saúde, e aos demais Poderes, através da Comissão Especial que trata o art. 10, caberá a programação, coordenação e execução dessa Cruzada.

Parágrafo 2: - Aos municípios serão emprestados apoio e orientação administrativa e técnica, para que os mesmos deem curso à Cruzada em suas jurisdições, por meio das Secretarias Municipais de Educação de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.

Art. 5: - Serão convidados a colaborar na Cruzada entidades públicas ou privadas que atuem, direta ou indiretamente, no campo da saúde ou da ação social e comunitária.

Art. 6: - Os órgãos de imprensa serão conclamados a participar, por seus diferentes veículos, com a Cruzada, oportunizando ao máximo a informação e elucidação de fatores primordiais e indispensáveis à doação de órgãos a serem transplantados.

Art. 7: - As entidades profissionais, técnico-científicas, educacionais, os órgãos de classe e os clubes de serviço serão convidados a intervir na se à campanha.

Art. 8: - Toda a correspondência oficial do Estado, contra-cheques, extratos de conta, peças publicitárias, editais de licitação e outros documentos oficiais assemelhados conterão - impressos, carimbados, selados ou mediante registro mecânico apropriado - dos dizeres: "ANO DOS TRANSPLANTES CIRÚRGICOS".

Parágrafo 1: - Será solicitada idêntica providência a todas as prefeituras.

Parágrafo 2: - Será sugerido a empresas e entidades privadas que também façam uso desse lema em sua correspondência e meios de divulgação.

Art. 9: - O Poder Legislativo promoverá, na segunda da quinzena de setembro, o "FNCNTRPO ESTADUAL DOS TRANSPLANTES CIRÚRGICOS".

ANEXO IV
CARTÕES DE DOADOR DE ÓRGÃOS



Fundação de Amparo à Pesquisa em Doenças Renais e Metabólicas
R. Augusto Steliffeld, 2034 - 80.430 - Curitiba-PR
Tels: (041) 225-6616 - (041) 232-5312

CARTÃO DE DOADOR DE ÓRGÃOS

O(A) portador(a) _____

conforme documento assinado nos arquivos da Fundação Pró-Renal, doou seus órgãos para, logo após sua morte, serem transplantados em alguém que deles necessite. Favor avisar imediatamente a Fundação Pró-Renal.

Tipo Sangüíneo: _____
Anexe à sua Carteira de Identidade _____

Eu, _____

Maior, residente em _____

Estado _____, leço à Pró-Renal todos os meus órgãos. Apenas os seguintes órgãos _____

para serem implantados após a minha morte em quem deles necessite.

Doador _____

Testemunhas: _____

Data: ____/____/____

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE PORTADORES DE DOENÇAS RENAIS, DOADORES E TRANSPLANTADOS RENAIS - APARTRANS

CARTÃO DE DOADOR DE ÓRGÃOS

O(A) PORTADOR (A) _____

conforme documento assinado nos arquivos da APARTRANS, doou seus órgãos para, logo após sua morte, serem transplantados em alguém que deles necessite. FAVOR AVISAR IMEDIATAMENTE A APARTRANS. FONE: _____

TIPO SANGÜÍNEO: _____

EU: _____

maior residente _____

na _____

Estado _____, leço d APARTRANS meus órgãos para, após a cessação da vida, serem implantados em quem deles necessite.

DOADOR: _____

TESTEMUNHAS: _____

ANEXO V

FICHA DE INCLUSÃO NA FILA DE ESPERA DO BANCO DE OLHOS DE CURITIBA

BANCO DE OLHOS DE CURITIBA

DECLARAÇÃO

Eu, Dr.
(CRM.....) solicito a inclusão na **FILA DE ESPERA DO BANCO DE OLHOS DE CURITIIBA** de
portador de CID

Declaro estar ciente das normas deste Banco de Olhos e aceitá-las, assumindo todos os riscos inerentes a avaliação da córnea cedida pelo B. O. C. e também concernentes ao ato cirúrgico. Se, por ventura vier a recusar determinada córnea, devo informar ao Banco de Olhos a razão pela qual o estou fazendo.

Curitiba, de de 199.....

.....
Ass. médico e carimbo

.....
ass. paciente (se menor, do responsável)

.....
R. G.

End.: Rua N.º

Cidade: Estado: CEP:

Fone: (.....).....

Obs.: Autenticar assinaturas do médico e paciente (ou responsável)

Anexar xerox da carteira de identidade do paciente (ou responsável)

ANEXO VI
FICHA DO RECEPTOR

BANCO DE OLHOS DE CURITIBA

FICHA DO RECEPTOR

Cirurgião: CRM:

Nome do paciente:

Idade: Sexo:

Patologia:

Transplante: () penetrante

() lamelar

Citar idade mínima e máxima da córnea do doador:

Emergência (). Justificar:

PARA USO DO BANCO DE OLHOS DE CURITIBA

Data de recebimento:

Número de inscrição:

Chamado em:/...../.....

Data da cirurgia:

Idade da córnea:

Fonte:

Retirada por:

Preparada por:

Ficha da Córnea Doadora número:

Meio de conservação:

Exames: HIV () sim HBsAg () sim Outros
() não () não

OBS.:

ANEXO VII

CARTÃO DE DOADOR DO BANCO DE OLHOS DE CURITIBA

BANCO DE OLHOS DE CURITIBA
Faculdade Evangélica de Medicina da Paraná

Tel. (041) 262-5211
CHAMAR BIP DO BANCO DE OLHOS

Imediatamente após a minha morte, eu desejo que meus olhos sejam entregues ao Banco de Olhos de Curitiba, para serem usados por um oftalmologista qualificado, com a finalidade de ajudar a restaurar a visão de pessoa cega ou desenvolver pesquisa para a descoberta de cura da doença dos olhos.

NOBRE _____

ENDEREÇO _____

TELEFONE _____

CIDADE _____

Assinatura _____

BANCO DE OLHOS DE CURITIBA
Faculdade Evangélica de Medicina da Paraná

Tel. (041) 262-5211
CHAMAR BIP DO BANCO DE OLHOS

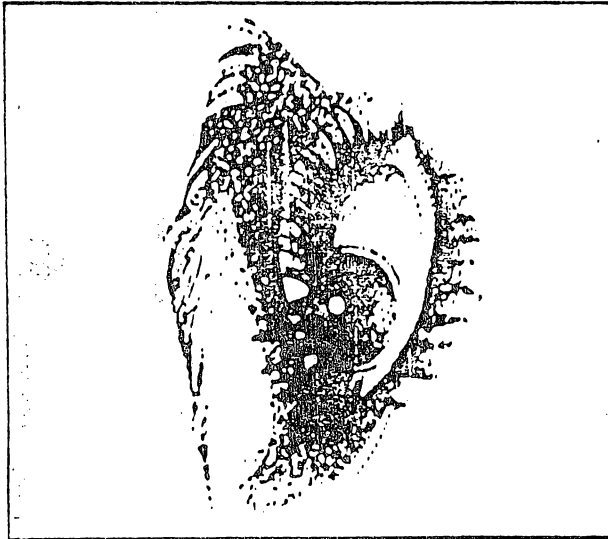
DOEI MEUS OLHOS

Eu assumi em vida o compromisso de doar meus olhos, após a minha morte, ao Banco de Olhos de Curitiba, a fim de que sejam utilizados para transplante de córnea ou para fins de pesquisa.

Assinatura _____

INSTRUÇÕES AO PARENTE MAIS PRÓXIMO

Tenha a bondade de telefonar ao Banco de Olhos de Curitiba, imediatamente após a minha morte, a fim de que sejam tomadas as providências necessárias para satisfazer minha vontade com relação aos meus olhos.



Genealogia: Laboratório Único e Especialista - Curitiba - Pr.

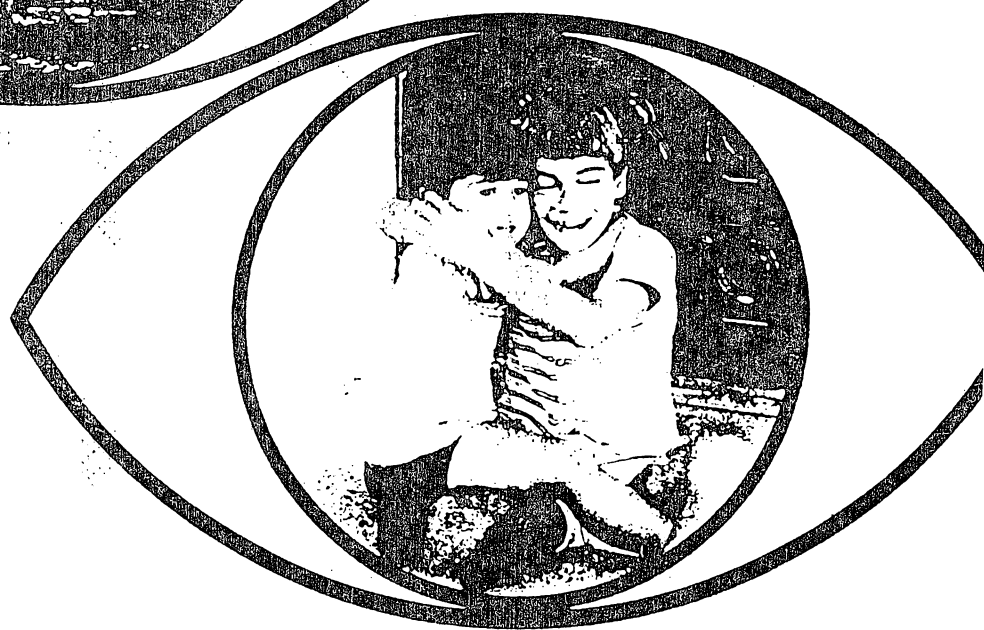
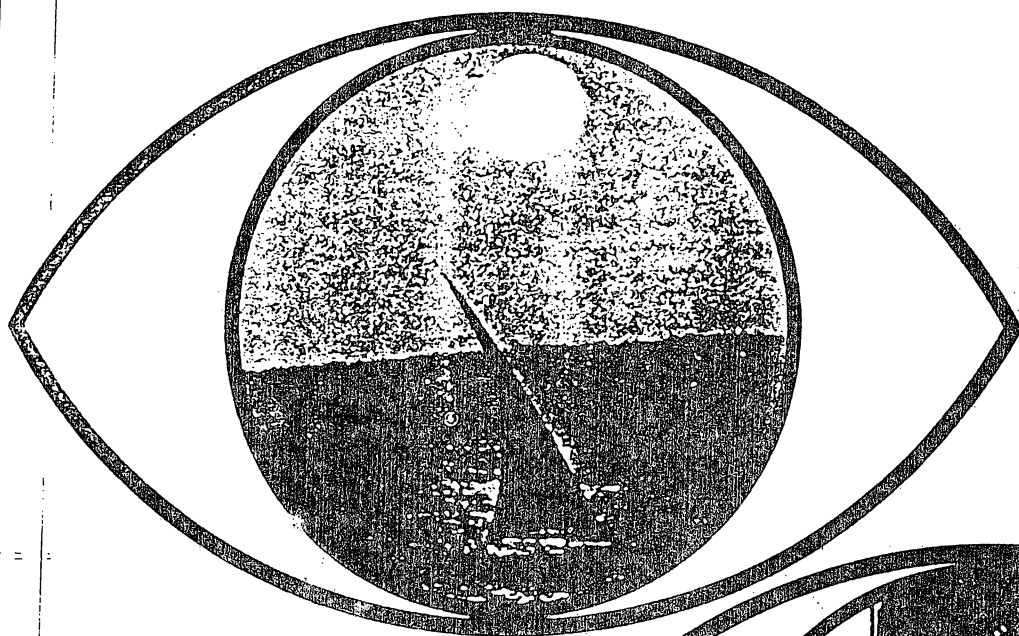
ANEXO VIII

LEI= DECLARAÇÃO DE UTILIDADE PÚBLICA O BANCO DE
OLHOS DE CURITIBA - DIÁRIO OFICIAL.

ANEXO IX

CARTAZES DE DIVULGAÇÃO DE DOAÇÃO AO BANCO
DE OLHOS

**Devolver
a visão a um cego
é um milagre
que você também
pode fazer.**



DOE SEUS OLHOS AO BANCO DE OLHOS

Sede: Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná

Alameda Princesa Isabel, 1580 - Fones: 23-6671 e 23-2633

Olhos



**Quando você não precisar mais deles,
use-os para ajudar alguém a descobrir
as coisas bonitas da vida.**

POSTOS DE DOAÇÃO

1. SEDE - Alameda Princesa Isabel, nº 1580
2. CLÍNICA SÃO JUDAS TADEU
Rua Ângelo Sampaio, nº 1888
3. HOSPITAL DE OLHOS DO PARANÁ
Rua Visconde de Taunay, nº 483
4. HOSPITAL SANTA LUZIA
Rua Cel. Dulcídio, nº 1080
5. AFAN - ASSOCIAÇÃO FEMININA DE AMPARO AO
RECEM-NASCIDO
Rua Gonçalves Dias, nº 417

6. ASSOCIAÇÃO DAS OPERÁRIAS DE SANTO ANTONIO
1 oficina em cada bairro da cidade.

7. CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS
Rua Cândido Lopes, 146 - 2º e 8º andar
Fone: 223-1784 e 223-7489

Banco de Olhos - (041) 225-1001

Apoio:



DOE SEUS OLHOS AO BANCO DE OLHOS

ANEXO X

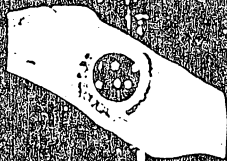
CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO CONGRESSO DA
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BANCOS DE OLHOS

Dias:

15 e 16/novembro/1991

Local:

Hotel Bourbon
Curitiba/PR



BANESTADO
O BANCO DO POVO DO PARANÁ

Informações

Banco de Olhos de Curitiba

Elisa Rozeira Zinber Souza

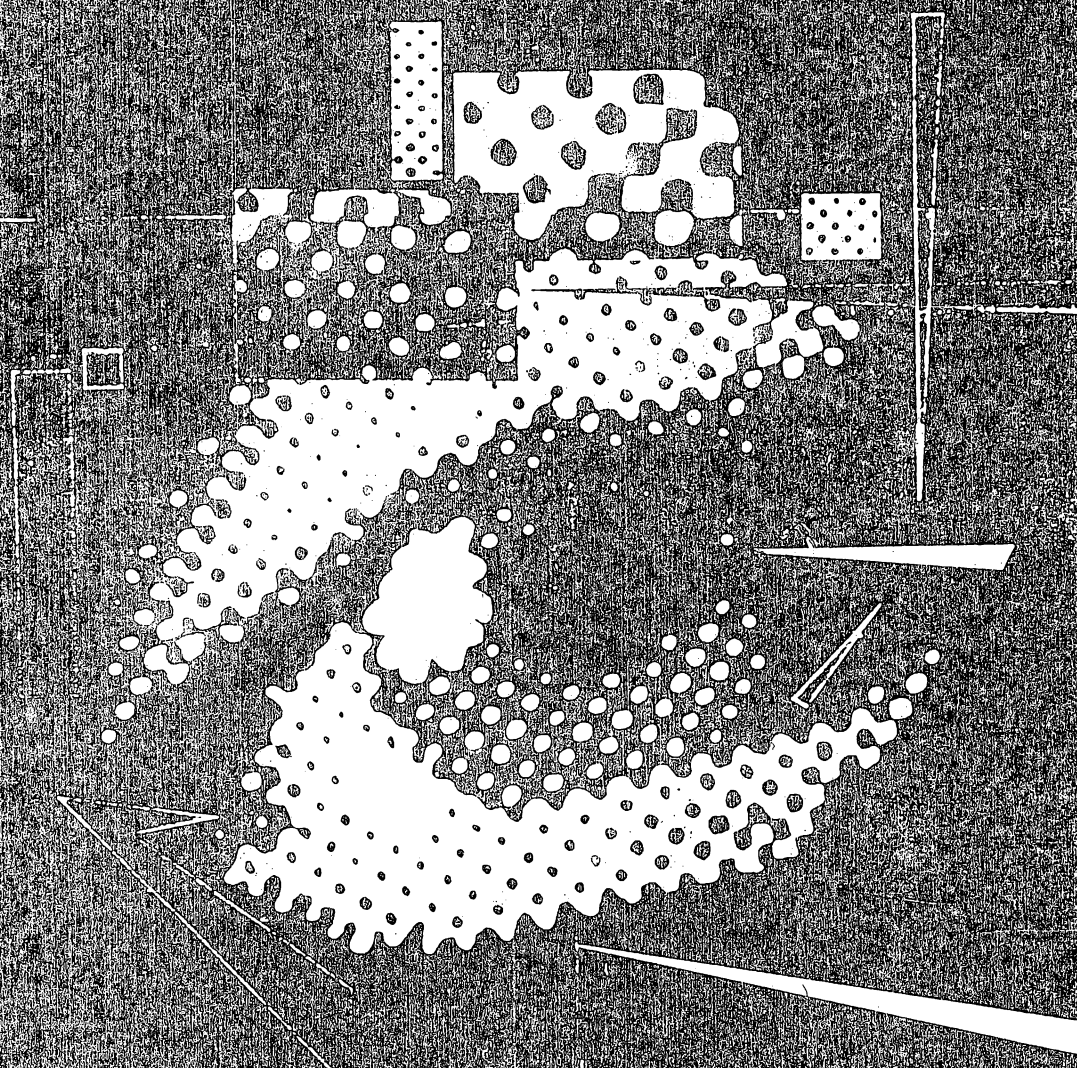
Alameda Princesa Isabel, 1580

Curitiba (PR) - Brasil 80.430

Fone (041) 224-1073

Fax (041) 226-1666

VI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BANCOS DE OLHOS IV SIMPÓSIO DO BANCO DE OLHOS DE CURITIBA



Associação Brasileira de Bancos de Olhos

ANEXO XI

ADESIVO

DOE SEUS OLHOS

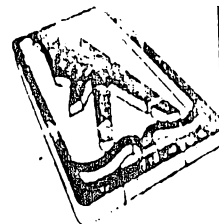
BANCO DE OLHOS DE CURITIBA

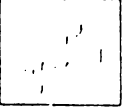




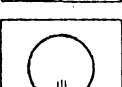
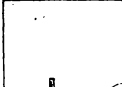

**APOIO
BANCO REAL**

ANEXO XII

DIVULGAÇÃO DO TELEFONE DO BANCO DE OLHOS NA LISTA TELEFÔNICA
DE CURITIBA

TELEFONES DE EMERGENCIA DE CURITIBA



Acidentes de Trânsito <small>Atendimento</small>		194
Água e Esgoto		195
Banco de Olhos de Curitiba		225-1001
Corpo de Bombeiros		193
GVV <small>Centro de Valorização da Vida</small>		242-8811
Defesa Civil <small>(enchentes, catástrofes)</small>		199
Energia Elétrica		196
Polícia	<small>- Delegacias Especializadas e Distritos da Polícia Civil</small>	197
	<small>- Delegacia de Proteção ao Menor</small>	342-5252
	<small>- Polícia Militar do Paraná - Central de Operações, Policiais Militares (COPOM)</small>	190
	<small>- Polícia Rodoviária - Acidentes Rodoviários, Furtos e Roubos de Veículos e Cargas</small>	243-5153
Pronto Socorro		192
TELEPAR <small>Consertos de telefones</small>	<small>(*) Em Curitiba, Caripo Largo, São José dos Pinhais, Balsa Nova e Contenda, disque 103 seguido do Prefixo do seu Telefone.</small> 	*103

EMERGENCIA... DISQUE 100

Em situações de real emergência em que você tenha necessidade de contatar com órgãos públicos (tais como Polícia, Corpo de Bombeiros ou Pronto Socorro e não consiga fazer a ligação ou não disponha naquele momento do telefone do respectivo órgão disque 100.



DÊ UMA CHANCE À NATUREZA

ANEXO XIII

ARTIGO: TRANSPLANTE DE CórNEA E AIDS

TRANSPLANTE DE CÔRNEA E AIDS

Dr. Hamilton Moreira
Pós-Graduando - Nível Mestrado
Escola Paulista de Medicina
Professor Assistente da Faculdade
Evangélica de Medicina do Paraná

Como se já não faltassem dificuldades para os nossos Bancos de Olhos, deparamo-nos agora com mais uma.

A Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida, AIDS foi descrita inicialmente em 1981 em homossexuais e toxicômanos. Em 1985 foi isolado o vírus da AIDS (HIV) em diversos líquidos corporais como sêmen e saliva. Também na mesma época foi identificado na lágrima e epitélio conjuntival, e finalmente na córnea. De acordo com estas investigações, o HIV pode ser encontrado na córnea até sete dias após a enucleação, sendo esta córnea conservada em MK. Trata-se de formas potencialmente contaminantes pois houve crescimento de HIV quando cultivado.

Existem no momento dois testes capazes de detectar o HIV no soro. O mais conhecido é o teste de ELISA. Em recente publicação no AJO (American Journal of Ophthalmology), através de uma fórmula matemática chegou-se a conclusão que mesmo aplicando o teste de Elisa existia uma chance de 0,03% de transplantar-se uma córnea de paciente HIV+, e as possibilidades multiplicavam-se por dez se incluíssem os doadores com fatores de risco. Sendo assim concluiu-se que nos últimos três anos 22 pacientes receberam córneas de doadores HIV+ nos EUA.

Comprovadamente quatro transplantes foram realizados com córneas cujos doadores, mostraram-se HIV+ posteriormente. Um destes doadores também proporcionou um transplante renal. O paciente receptor do rim positivou a sorologia para o HIV, portanto contraindo a AIDS, já os receptores das córneas permaneceram HI negativo. Existe uma dúvida

muito grande a respeito da quantidade mínima de vírus para contaminar uma pessoa.

Outra publicação interessante relacionada a este problema foi no Ophthalmology de outubro/88. Realizando uma enquete entre os bancos de olhos nos EUA, 26% destes responderam os questionários. 97,5% dos Bancos americanos usam o teste de Elisa para identificar os doadores HIV+. Dois terços nem retiram as córneas se algum fator de risco for identificado. De 8787 córneas cujos doadores foram testados apenas em 0,68% o resultado foi positivo (HIV+), e de 5187 testados para hepatite B em 1,33% dos doadores o resultado foi positivo (HBV+). Importantíssimo ressaltar que em 73% dos casos onde houve positividade para O HIV, nenhum fator de risco foi identificado e mais da metade dos casos encontravam-se fora da idade dos grupos de risco. Lembrem-se que existem cerca de um milhão e quinhentos mil aidéticos nos EUA atualmente.

Estas informações foram levantadas e apresentadas pelo Banco de Olhos de Curitiba durante o último congresso da Associação Brasileira de Bancos de Olhos, quando apresentou-se também os dados concernentes ao Paraná. De acordo com a Secretaria de Saúde, 92 casos de AIDS foram identificados desde de 1984 no Paraná. O crescimento através dos anos é assustador passando de 04 casos em 1985 para 45 casos em 1988. A classe cultural mais atingida é de nível superior com 32,6% dos casos.

Concluimos portanto que o risco de transmitir-se a AIDS através de transplante de córnea no Paraná é muito menor que poderíamos acreditar. Entretanto havendo a possibilidade, por menor que seja, de transmitir-se esta patologia 100% fatal, através do transplante de córnea, como já foi demonstrado, faz com que realizemos o teste de ELISA em nossos doadores. Isto já está sendo feito há cerca de um ano no Banco de Olhos de Curitiba e ainda nenhum exame positivo para o HIV e também para Hepatite B foi identificado.

Lentes de contato



ARLETE PINHEIRO - DISTRIBUIDORA

- Lentes de contato
 - Gelatinosas hidrosol
 - Esféricas
 - Tóricas (H.T.)
 - Terapêuticas
 - Hydrocor (cosméticas)
 - Siliconadas (durasil)
 - Acrílicas

Rua Marechal Floriano Peixoto, 96 - 14º cj. 142 - Fones: 223-2661 - 233-9282 - 80.000 - Curitiba - Paraná

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ARRUGA, H. Cirurgia Ocular. Rio de Janeiro. Salvat Editores, S/A, ed. 5, 1963.
- 2 ASBURY, Taylor et alii. Oftalmologia Geral. São Paulo. Atheneu 2 ed. 1983.
- 3 BOC - Banco de Olhos de Curitiba. Atividade do Banco de Olhos. panfleto. Curitiba.
- 4 CARROL, Thomas J. Cegueira. São Paulo, 1986.
- 5 CASTRO, Eunice Fagundes de. Reeducação Visual. Curitiba, 1991.
- 6 _____ Reeducação Visual em paralisados cerebrais. Monografia. Belo Horizonte, 1989.
- 7 CRUIKSHNK, Willian M. JOHNSON, G. Orvill. A educação da criança e do jovem excepcional. Porto Alegre. Globo, 1983 VII.
- 8 DANC - Diretório Acadêmico Nilo Cairo. Apostila de Oftalmologia. UFPR.
- 9 FERREIRA, Aurélio Buarque de H. Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1986.
- 10 FUNDAÇÃO PARA O LIVRO DO CEGO NO BRASIL. Cegueira e visão subnormal. São Paulo, 1986.
- 11 MAGALHÃES, Paulo Braga. Cabeça e Pescoço - Oftalmologia-Otorrinolaringologia: Cirurgia diagnóstica mais terapêutica. São Paulo, ed. Savier, 1979.
- 12 MOREIRA, Hamilton. Transplante de Córnea e aids. Boletim informativo, ano 2, nº 5 Curitiba, 1989.
- 13 PATOV, TOWNLEY et alii. Atlas of Eye Sugery. New York. Mac Grow Hill. Book Company Inc, 1962.
- 14 Realidade -revista - Ed. Abril, julho, 1966.
- 15 ROCHA, Hilton et alii. Ensaio sobre a problemática da cegueira: Prevenção - Recuperação e Reabilitação. Belo Horizonte. Ed. Fundação Hilton Rocha, 1986.
- 16 PINTO, Domingos. Dicionário de Termos Médicos. São Paulo, ed. 6, 1970.

- 17 RODRIGUES, Eliane. Fisiologia e Anatomia do Olho. Apostila.
- 18 SCHWARTZ, H. Noções de Oftalmologia. Anotações no caderno. Curitiba, 1991.
- 19 SIEW, Arthur Lim. Atlas colorido de Oftalmologia. São Paulo.

ANEXO XI

ADESIVO

DOE SEUS OLHOS

BANCO DE OLHOS DE CURTIBA

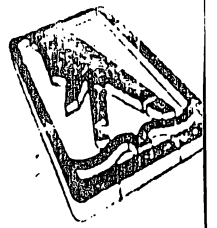
APOIO


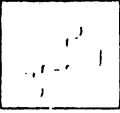




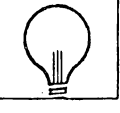

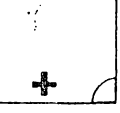

BANCO REAL

ANEXO XII

DIVULGAÇÃO DO TELEFONE DO BANCO DE OLHOS NA LISTA TELEFÔNICA
DE CURITIBA

TELEFONES DE EMERGÊNCIA DE CURITIBA



Acidentes de Trânsito Atendimento		19
Água e Esgoto		19
Banco de Olhos de Curitiba		225-100
Corpo de Bombeiros		19
CVV Centro de Valorização da Vida		242-881
Defesa Civil (enchentes, catástrofes)		19
Energia Elétrica		19
Polícia		19
- Delegacias Especializadas e Distritos da Polícia Civil		19
- Delegacia de Proteção ao Menor		342-525
- Polícia Militar do Paraná - Central de Operações, Policiais Militares (COPOM)		19
- Polícia Rodoviária - Acidentes Rodoviários, Furtos e Roubos de Veículos e Cargas		243-515
Pronto Socorro		19
TELEPAR Consertos de telefones		*103

EMERGÊNCIA... DISQUE 100

Em situações de real emergência em que você tenha necessidade de contatar com órgãos públicos (tais como Polícia, Corpo de Bombeiros ou Pronto Socorro) e não consiga fazer a ligação ou não disponha naquele momento do telefone do respectivo órgão disque 100.



DÊ UMA CHANCE À NATUREZA

ANEXO XIII

ARTIGO: TRANSPLANTE DE CórNEA E AIDS

TRANSPLANTE DE CÔRNEA E AIDS

Dr. Hamilton Moreira
Pós-Graduando - Nível Mestrado
Escola Paulista de Medicina
Professor Assistente da Faculdade
Evangélica de Medicina do Paraná

muito grande a respeito da quantidade mínima de vírus para contaminar uma pessoa.

Outra publicação interessante relacionada a este problema foi no Ophthalmology de outubro/88. Realizando uma enquete entre os bancos de olhos nos EUA, 26% destes responderam os questionários. 97,5% dos Bancos americanos usam o teste de Elisa para identificar os doadores HIV+. Dois terços nem retiram as córneas se algum fator de risco for identificado. De 8787 córneas cujos doadores foram testados apenas em 0,68% o resultado foi positivo (HIV+), e de 5187 testados para hepatite B em 1,33% dos doadores o resultado foi positivo (HBV+). Importantíssimo ressaltar que em 73 % dos casos onde houve positividade para O HIV, nenhum fator de risco foi identificado e mais da metade dos casos encontravam-se fora da idade dos grupos de risco. Lembrem-se que existem cerca de um milhão e quinhentos mil aidéticos nos EUA atualmente.

Estas informações foram levantadas e apresentadas pelo Banco de Olhos de Curitiba durante o último congresso da Associação Brasileira de Bancos de Olhos, quando apresentou-se também os dados concernentes ao Paraná. De acordo com a Secretaria de Saúde, 92 casos de AIDS foram identificados desde de 1984 no Paraná. O crescimento através dos anos é assustador passando de 04 casos em 1985 para 45 casos em 1988. A classe cultural mais atingida é do nível superior com 32,6% dos casos.

Concluimos portanto que o risco de transmitir-se a AIDS através do transplante de córnea no Paraná é muito menor que poderíamos acreditar. Entretanto havendo a possibilidade, por menor que seja, de transmitir-se esta patologia 100% fatal, através do transplante de córnea, como já foi demonstrado, faz com que realizemos o teste de ELISA em nossos doadores. Isto já esta sendo feito há cerca de um ano no Banco de Olhos de Curitiba e ainda nenhum exame positivo para o HIV e também para Hepatite B foi identificado.

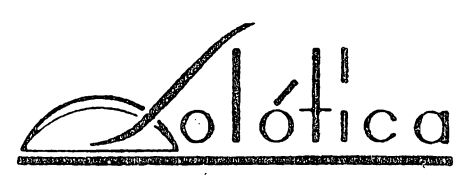
Como se já não faltassem dificuldades para os nossos Bancos de Olhos, deparamo-nos agora com mais uma.

A Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida, AIDS foi descrita inicialmente em 1981 em homossexuais e toxicômanos. Em 1985 foi isolado o vírus da AIDS (HIV) em diversos líquidos corporais como semente e saliva. Também na mesma época foi identificado na lágrima e epitélio conjuntival, e finalmente na córnea. De acordo com estas investigações, o HIV pode ser encontrado na córnea até sete dias após a enucleação, sendo esta córnea conservada em MK. Trata-se de formas potencialmente contaminantes pois houve crescimento de HIV quando cultivado.

Existem no momento dois testes capazes de detectar o HIV no soro. O mais conhecido é o teste de ELISA. Em recente publicação no AJO (American Journal of Ophthalmology), através de uma fórmula matemática chegou-se a conclusão que mesmo aplicando o teste de Elisa existia uma chance de 0,03% de transplantar-se uma córnea de paciente HIV+, e as possibilidades multiplicavam-se por dez se incluísemos os doadores com fatores de risco. Sendo assim concluiu-se que nos últimos três anos 22 pacientes receberam córneas de doadores HIV+ nos EUA.

Comprovadamente quatro transplantes foram realizados com córneas cujos doadores, mostraram-se HIV+ posteriormente. Um destes doadores também proporcionou um transplante renal. O paciente receptor do rim positivou a sorologia para o HIV, portanto contraindo a AIDS, já os receptores das córneas permaneceram HI negativo. Existe uma dúvida

Lentes de contato



ARLETE PINHEIRO - DISTRIBUIDORA

- Lentes de contato
 - Gelatinosas hidrosol
 - Esféricas
 - Tóricas (H.T.)
- Terapêuticas
 - Hydrocor (cosméticas)
 - Siliconadas (durasil)
 - Acrílicas

Rua Marechal Floriano Peixoto, 96 - 14º cj. 142 - Fones: 223-2661 - 233-9282 - 80.000 - Curitiba - Paraná

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 ARRUGA, H. Cirurgia Ocular. Rio de Janeiro. Salvat Editores, S/A, ed. 5, 1963.
- 2 ASBURY, Taylor et alii. Oftalmologia Geral. São Paulo. Atheneu 2 ed. 1983.
- 3 BOC - Banco de Olhos de Curitiba. Atividade do Banco de Olhos. panfleto. Curitiba.
- 4 CARROL, Thomas J. Cegueira. São Paulo, 1986.
- 5 CASTRO, Eunice Fagundes de. Reeducação Visual. Curitiba, 1991.
- 6 Reeducação Visual em paralisados cerebrais Monografia. Belo Horizonte, 1989.
- 7 CRUIKSHNK, Willian M. JOHNSON, G. Orvill. A educação da criança e do jovem excepcional. Porto Alegre. Globo, 1983 VII.
- 8 DANC - Diretório Acadêmico Nilo Cairo. Apostila de Oftalmologia. UFPR.
- 9 FERREIRA, Aurélio Buarque de H. Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1986.
- 10 FUNDAÇÃO PARA O LIVRO DO CEGO NO BRASIL. Cegueira e visão subnormal. São Paulo, 1986.
- 11 MAGALHÃES, Paulo Braga. Cabeça e Pescoço - Oftalmologia-Otorrinolaringologia: Cirurgia diagnóstica mais terapêutica. São Paulo, ed. Savier, 1979.
- 12 MOREIRA, Hamilton. Transplante de Córnea e aids. Boletim informativo, ano 2, nº 5 Curitiba, 1989.
- 13 PATOV, TOWNLEY et alii. Atlas of Eye Sugery. New York. Mac Grow Hill. Book Company Inc, 1962.
- 14 Realidade - revista - Ed. Abril, julho, 1966.
- 15 ROCHA, Hilton et alii. Ensaio sobre a problemática da cegueira: Prevenção - Recuperação e Reabilitação. Belo Horizon - te. Ed. Fundação Hilton Rocha, 1986.
- 16 PINTO, Domingos. Dicionário de Termos Médicos. São Paulo, ed. 6, 1970.

- 17 RODRIGUES, Eliane. Fisiologia e Anatomia do Olho. Apostila.
- 18 SCHWARTZ, H. Noções de Oftalmologia. Anotações no caderno. Curitiba, 1991.
- 19 SIEW, Arthur Lim. Atlas colorido de Oftalmologia. São Paulo.