A política de transplantes no Brasil

Painel desenvolvido em sessão da Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina no dia 26/8/2006

VALTER DURO GARCIA
Membro da Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina.
Coordenador Hospitalar de Transplante da Santa Casa de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos transplantes e sua aplicação no tratamento das doenças terminais de alguns órgãos converteram-se num dos capítulos de maior êxito na história da medicina. Em aproximadamente três décadas, o transplante de órgãos evoluiu de um procedimento relativamente arriscado, realizado apenas em pacientes com doença renal grave, para uma intervenção terapêutica eficaz em pacientes com doenças terminais do coração, fígado e pulmão.

Os recentes avanços no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos e a introdução de drogas imunossupressoras mais modernas e de soluções de preservação mais eficientes contribuíram para melhorar os resultados dos transplantes. Para a maioria dos pacientes urêmicos crônicos, o transplante oferece a melhor oportunidade de sobrevida a longo prazo e de reabilitação, com menor custo social que a diálise (1, 2). Para aqueles enfermos com cardiopatia, hepatopatia ou pneumopatia terminal, é, ainda, de maior valor, por ser a única opção terapêutica capaz de prevenir a morte certa, em poucos meses, oferecendo a expectativa de uma nova vida.

Devido a este grande êxito, as indicações para transplante de órgãos sólidos estão se tornando cada vez mais liberais, aceitando-se pacientes idosos ou com doenças sistêmicas associadas, levando a uma expansão no número de potenciais receptores. Estima-se que anualmente, em todo o mundo, em torno de 500.000 pacientes desenvolvam insuficiência renal crônica, 300.000 insuficiência cardíaca e 200.000 insuficiência hepática, provocando uma demanda, apenas destes órgãos, se todas as pessoas tivessem acesso ao tratamento, de um milhão de transplantes por ano (3).

DOADORES POTENCIAIS E EFETIVOS

A característica principal do transplante, que o distingue de outras cirurgias, convertendo-o em uma terapêutica única e que alguns consideram como uma desvantagem, é a necessidade da utilização de um órgão ou tecido, proveniente de um doador, vivo ou falecido.

Na grande maioria dos transplantes – com exceção de uma parcela dos transplantes renais, de alguns casos de transplantes hepáticos e de casos excepcionais de transplante pulmonar e pancreático –, os órgãos são obtidos a partir de doadores falecidos.

A grande limitação ao transplante com doador falecido é que apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem podem converter-se em doadores de órgãos. A remoção de órgãos, na grande maioria dos casos, só é possível em pacientes com morte encefálica, isto é, em pacientes que apresentam destruição completa e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mas que mantêm, temporária e artificialmente, os batimentos cardíacos e a circulação sangüínea.

Estima-se que somente de 1 a 4% das pessoas que morrem em hospital e de 10 a 15% daquelas que morrem em unidades de cuidados intensivos apresentam o quadro de morte encefálica (4-6), sendo, portanto, potenciais doadores.

A taxa estimada de potenciais doadores, isto é, de pessoas com diagnóstico de morte encefálica sem contra-indicação conhecida previamente para a doação, nas diferentes comunidades ou países é em torno de 50 a 60 por milhão de população por ano (pmp/ano) (7). A taxa almejada de efetivação da doação, entre os potenciais doadores, deve ser superior a 50%, entretanto na maioria dos países apenas entre 15 a 70% dos potenciais doadores são efetivados como doadores, em decorrência da não detecção e/ou não notificação da morte encefálica; de contra-indicações médicas ou problemas na manutenção do potencial doador falecido ou, ainda, em razão da recusa familiar à doação. Com a exceção da Espanha que apresenta uma taxa de doadores efetivos em torno de 34 pmp/ano, na maioria dos países desenvolvidos esta taxa varia de 15 a 25 doadores pmp/ano.

No Brasil, há estudos sugerindo que possa haver uma maior taxa de potenciais doadores, que nos países desenvolvidos, em torno de 60 a 100 pmp/ano, possivelmente relacionado a acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo (8, 9). Então, com uma população de 180 milhões de habitantes, e em torno de um milhão de mortes por ano, pode-se estimar entre 11.000 e 18.000 casos de morte encefálica por ano. Entretanto, durante o ano de 2005 foram notificados às Cen-

Recebido: 30/11/2006 – Aprovado: 4/12/2006

11-especial A POLÍTICA DE TRANSPLANTES.p65 313 11/1/2007, 09:06

trais Estaduais de Transplante (CNCDOs) apenas 4.714 casos (28 pmp), e destes, somente 1.078 (6,3 pmp) foram efetivados como doadores de órgãos (10). Com relação a doação de córneas, em que não há necessidade de morte encefálica, e podem ser removidas até seis horas após a parada cardíaca, e a maioria das neoplasias não contra-indicam a remoção, supõe-se que até 10% das mortes poderiam ser consideradas para doação (100.000) e metade delas efetivadas (50.000), porém, em 2005 foram realizados apenas 8.713 transplantes (47 pmp), metade da necessidade anual prevista (100 pmp), tendo sido utilizados em torno de 6.000 doadores (10).

NECESSIDADE DE TRANSPLANTES

Com relação às necessidades de transplante renal, há relatos de que em torno de 50% dos pacientes que ingressam em diálise poderiam beneficiar-se do transplante (11, 12). Como a incidência em diálise, na maioria dos países, situa-se entre 100 a 160 pmp/ano, com exceção dos Estados Unidos, Taiwan e Japão que apresentam uma incidência maior (13), e como entre 3 a 5% dos transplantados tardios retornam anualmente à diálise por perda do enxerto e, por conseqüência, à lista de espera, estima-se que sejam necessários, para atender à demanda, em torno de 60 a 70 transplantes renais pmp/ano (12).

A necessidade de transplante para os demais órgãos sólidos é mais difícil de calcular, pois os pacientes com doença terminal do coração, fígado ou pulmão, ao contrário daqueles com insuficiência renal crônica em diálise, não têm um registro adequado. Estimava-se em 2000 que seriam necessários, anualmente, em torno de 25 transplantes hepáticos por milhão de população, 15 de coração, 10 de pulmão e 5 de rim e pâncreas (14). Há a possibilidade de que a necessidade de transplante cardíaco seja atualmente menor, em torno de 6 a 10 pmp/ano, pois há um menor número de transplantes cardíacos sendo realizados no mundo, sem concomitante aumento no número de pacientes em lista de espera ou na mortalidade em lista.

Na Figura 1 observa-se o crescimento da lista de espera para transplante renal nos Estados Unidos, que era de 14.00 em 1988 e passou para 63.000 em 2004, enquanto que o número de doadores falecidos, no mesmo período, cresceu de 3.800 para 6.700 (15).

A Espanha, que apresenta os melhores resultados com relação a doação, conforme apresentado na Figura 2, é o único país em que a lista de espera para transplante renal estabilizou, com leve tendência a diminuir entre 1991 e 2005, tendo passado de 5.593 para 4.152, enquanto que o número de doadores falecidos aumentou de 778 (20,8 pmp) para 1.546 (35,1 pmp) no mesmo período (16).

Na Figura 3 estão apresentadas as necessidades estimadas de transplante de córneas (100 pmp), de rim (60 pmp), fígado (25 pmp), coração (8 pmp) e pulmão (8 pmp) no Brasil e o número de transplante de córneas (8.713), de rim (3.362), de fígado (956), de coração (196) e de pulmão (45) realizados em 2005 (17). Observa-se que foram realizados em torno de metade dos transplantes de córneas necessários, um terço da necessidade dos transplantes renais e um quarto da necessidade de transplantes hepáticos e uma fração muito menor de transplante de coração e de pulmão.

Portanto, devido ao insuficiente número de doadores falecidos, para atender a demanda, há um crescente número de pacientes em lista de espera para transplante renal em quase todos os países e uma elevada taxa de morte em lista de espera para os demais órgãos, em torno de 10 a 30%. Assim sendo, o transplante tornou-se uma vítima de seu próprio sucesso, com um crescente distanciamento entre a demanda para transplante e a disponibilidade de órgãos e tecidos.

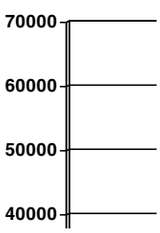


Figura 1 – Evolução da lista de espera para transplante renal e do número de doadores falecidos nos Estados Unidos entre 1988 e 2004.

POLÍTICA DE TRANSPLANTES NO BRASIL

Conforme apresentado no Quadro 1, os transplantes de órgãos iniciaram no Brasil na década de 1960, e enquanto que o transplante renal foi desenvolvendo-se progressivamente, os programas de transplante dos demais órgãos foram suspensos sendo retomados em meados dos anos 1980 (18).

Entre 1965 e 1993 houve um progressivo aumento nos transplantes renais, entretanto, a partir daí até 1997, o número de transplantes renais prati-

11-especial A POLÍTICA DE TRANSPLANTES.p65 11/1/2007, 09:06

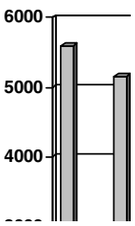


Figura 2 – Evolução da lista de espera para transplante renal e do número de doadores falecidos na Espanha entre 1991 e 2005.

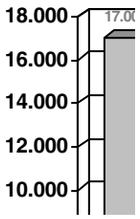


Figura 3 – Necessidades e número de transplantes realizados no Brasil em 2005.

camente estabilizou, entre 1.500 e 1.800 transplantes, em torno de 10 a 12 pmp/ano. Como em metade dos transplantes foram utilizados doadores falecidos (5 a 6 transplantes pmp/ano), conclui-se que foram efetivados somente 2,5 a 3,5 doadores falecidos pmp/a naquele período (19).

O número de transplantes dos outros órgãos sólidos até 1997 era irrisório, somente com o transplante hepático, a partir de 1996, se conseguiu superar a taxa de um transplante pmp/ano, enquanto que a taxa de transplante cardíaco estabilizou em 0,5 pmp/ano (19).

Até 1997, havia alguns aspectos positivos e muitos negativos com relação a situação dos transplantes no Brasil (19, 20), os aspectos positivos estão apresentados no Quadro 2 e os aspectos negativos podem ser vistos no Quadro 3.

Em final de 1995 foi encaminhada uma proposta ao Ministério da Saúde de um modelo de organização de transplante para o país, baseada no "modelo espanhol". Porém, apesar de várias reuniões, não foi publicada nenhuma normatização sobre os transplantes (19, 20). Com a publicação da nova lei dos transplantes (Lei nº 9.434) em fevereiro de 1997, de iniciativa do Legislativo, sem a participação do Ministério da Saúde e das associações médicas, modificando a forma de consentimento para a doação no país, passando para o presumido, houve grande repercussão na mídia.

No decreto que regulamentou a lei (Decreto Lei nº 2.268), em junho de 1997, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Transplante (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), conhecidas como Centrais Estaduais de Transplante, e estabeleceu a forma de distribuição dos órgãos e tecidos através das listas de espera regionalizadas.

Os anos de 1997 e 1998 foram de grande movimentação na área dos transplantes, participando todos os segmentos da sociedade, com destaque para a atuação da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, que delineou uma proposta de política de transplante para o país.

Em agosto de 1998 foi nomeado o Coordenador do SNT e criado o Grupo Técnico de Assessoramento (GTA) e a partir de então foram implantadas muitas das medidas consideradas como indispensáveis para a efetivação desta política de transplante. Nesta política de transplantes implementada no país, a partir de 1997, foram empregadas simultaneamente medidas legais, financeiras, organizacionais e educacionais (19, 20).

MEDIDAS LEGAIS

No Brasil, como na maioria dos países, há uma legislação rigorosa controlando o transplante de órgãos e tecidos, os principais tópicos dessa lei contemplam os requisitos mínimos para o credenciamento de hospitais e equipes, a permissão para uso de doador falecido, os critérios diagnósticos de morte, a forma de consentimento, a permissão para o uso de órgãos de doador vivo parente, a restrição ao uso de órgãos de doador vivo não parente, a proibição de comércio de orgãos e as penalidades para as infrações.

As principais medidas legais empregadas a partir de 1998 estão apresentadas no Quadro 4. Com estas me-

11-especial A POLÍTICA DE TRANSPLANTES.p65 315 11/1/2007, 09:06

Quadro 1 – Data de início dos programas de transplante de órgãos, no Brasil, na década de 1960 (1ª fase) e a partir da década de 1980 (2ª fase)

Órgão	Ano	Cidade	Hospital
Rim	1964	Rio de Janeiro	HSE–RJ
Coração	1968	São Paulo	HCFMUSP
Pâncreas	1968	Rio de Janeiro	H Silvestre
Fígado	1968	São Paulo	HCFMUSP
Intestino	1968	São Paulo	HCFMUSP
Coração (2ª fase)	1984	Porto Alegre	FUC–IC
Fígado (2ª fase)	1985	São Paulo	HCFMUSP
Rim – pâncreas	1987	Porto Alegre	Santa Casa
Pulmão	1989	Porto Alegre	Santa Casa
Intestino (2ª fase)	2000	São Paulo	Santa Casa

Quadro 2 – Aspectos positivos dos transplantes no Brasil até 1997

- Legislação adequada sobre transplantes.
- Diagnóstico de morte encefálica seguindo os critérios do Conselho Federal de Medicina.
- Algumas Centrais Estaduais e Fundações, atuando na captação e/ou na distribuição de órgãos.
- Remuneração pelo SUS para os transplantes e para a remoção de rins.
- Fornecimento gratuito da medicação imunossupressora para todos os pacientes e por todo o período pós-transplante.
- Organizações científicas, como a ABTO, atuando para a melhoria do sistema.
- Os centros de transplante, mesmo sem remuneração específica, atuando na procura e no acompanhamento pós-transplante.
- A mídia, embora em algumas situações com certo sensacionalismo, publicando notícias favoráveis ao transplante.
- A maioria da população, em pesquisas de opinião, declarando-se receptiva à doação.
- Familiares de pessoas em morte encefálica autorizando a doação em 60 a 75% dos casos.

Quadro 3 – Aspectos negativos dos transplantes no Brasil até 1997

- Ausência de uma política de transplantes no país.
- Ausência de uma organização nacional de transplante.
- Ausência de um fundo específico para transplante.
- Ausência de controle da alocação de órgãos e tecidos pelo MS.
- Grandes desigualdades nas atividades de transplantes entre as regiões.
- Ausência de organizações estaduais e de programas de transplante com doador falecido em muitos Estados.
- Pequena comunicação entre as organizações regionais, inviabilizando o intercâmbio de órgãos.
- Não pagamento de transplante pela maioria dos planos de saúde.
- Não ressarcimento aos hospitais pelas despesas com a procura de doadores.
- Pagamento irrisório do seguimento ambulatorial pós-transplante.
- Não reconhecimento do transplante conjugado de rim e pâncreas pelo MS.
- Interrupção temporária no fornecimento da medicação imunossupressora em alguns estados.
- Não fornecimento de novas medicações imunossupressoras pelo MS.
- Desconhecimento da população, e de parte dos profissionais da saúde, do significado de morte encefálica.
- Veiculação freqüente, pela imprensa, de notícias absurdas sobre rapto de crianças para tráfico de órgãos.
- Ausência de organizações não governamentais atuando na área de doação e de transplante.

didas, a situação do ponto de vista de legislação dos transplantes está adequada e não há barreiras legais que possam interferir com a realização dos transplantes no país (20).

Para o aprimoramento dos aspectos legais estão sendo propostas seguintes medidas nessa área:

1. Resolução do Conselho Federal de Medicina, com maior detalhamento das condições que impedem a realização dos testes para o diagnóstico de morte encefálica, como quais alterações metabólicas e que níveis e quais drogas depressoras do SNC e por quanto tempo.

2. Cumprimento de todas as normas e decretos pelos centros de transplante, com relação à documentação dos doadores falecidos (diagnóstico de morte encefálica, autorização familiar e testes sorológicos), ao consentimento informado dos doadores vivos e dos receptores, à documentação para as CNCDOs e à documentação para o Ministério Público.

3. Avaliação criteriosa e rigorosa pelo Judiciário de todas as solicitações de transplante com doador vivo não parente, para evitar qualquer possibilidade de comercialização de órgãos no país.

Outras medidas, mais polêmicas, devem ser discutidas:

1. Regulamentação específica do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde para os "doadores sem batimentos cardíacos", com relação ao diagnóstico de morte e a permissão para a remoção de órgãos. Deve-se regulamentar a permissão ou não para a canulação da artéria e da veia femoral e para a perfusão "in situ" com solução de preservação resfriada, antes da autorização familiar.

2. O auxílio para as despesas de funeral, utilizado em alguns estados e cidades, através de leis estaduais e municipais, em caso da doação, é um assunto muito controverso, e este auxílio deve ser fornecido a todos os que necessitam e não apenas aos que vão doar órgãos.

3. Discussão sobre a utilização de alguma forma de estado preferencial

11-especial A POLÍTICA DE TRANSPLANTES.p65 316 11/1/2007, 09:06

Quadro 4 – Medidas legais empregadas no Brasil

- Modificação da forma de consentimento, retornando ao consentimento informado, com decisão da família após a morte.
- Tornado sem efeito legal a manifestação "doador" ou "não doador" em documento de identidade ou de habilitação.
- Exigência de autorização judicial prévia para a realização de transplante renal com doador vivo não parente, ao invés da compatibilidade HLA.
- Agilização da necropsia, se possível no bloco cirúrgico, após a remoção dos órgãos, quando for exigida.

do doador. Esta preferência poderia ser conferida na forma de "pontos extras" no sistema de pontuação. O estado preferencial máximo poderia ser para aquele que doou um rim, um segmento do fígado ou um lobo do pulmão ao familiar, e encontra-se numa lista de espera para transplante. Uma outra forma de estado preferencial a ser discutido, é a destinação do órgão ou tecido para um familiar de primeiro ou segundo grau que se encontre em lista de espera para transplante.

MEDIDAS FINANCEIRAS

As medidas financeiras, que estão apresentadas no Quadro 5, foram decisivas para a formulação de uma política de transplantes para o país, pois foi criado um fundo para o financiamento dos transplantes e foi contemplado o ressarcimento de todas as etapas do processo, incluindo a procura de doadores e o acompanhamento pós-transplante (19, 20).

Deve-se reconhecer que a criação deste fundo para o financiamento do transplante foi uma medida de extrema importância. Pela primeira vez na história do transplante no país se passou a trabalhar com dados reais de financiamento público para todos os transplantes, e com possibilidade de atualizar estes valores de acordo com o número de transplantes, de potenciais doadores identificados ou de novas medicações imunossupressoras mais efetivas que ingressem no mercado. Este fundo, se mantido e reajustado de forma adequada, praticamente elimina a falta de financiamento como uma barreira ao desenvolvimento dos transplantes no país.

Do ponto de vista de financiamento, devem ser implementadas as seguintes medidas:

1. Correção e ajuste anual do fundo específico para o financiamento do transplante. Esta correção deve levar em conta o aumento anual do número de doadores, de procedimentos de remoção e transplantes e de pacientes em acompanhamento pós-transplante, como também o ingresso de novas drogas imunossupressoras no mercado.

A despesa prevista com transplante para o ano de 2003, conforme apresentado no Quadro 6, foi de aproximadamente R$ 320 milhões, tendo sido incluído no plano plurianual do governo, para os próximos quatro anos (2004 a 2007), um valor de R$ 1,6 bilhões para os transplantes (R$ 400 milhões por ano). Este valor possivelmente será suficiente para os primeiros três anos, mas deverá haver alguma complementação no quarto ano (20).

2. Com relação ao doador vivo, incluir o acompanhamento pós-transplante através de acompanhamento clínico-laboratorial anual e estudar a possibilidade de realizar um seguro de vida para a doação, pois, embora mínimo, existe o risco de morte para o doador, estimado em 1:3.000 no caso do doador de rim (0,03%) e de 3:1.000 para o de fígado (0,3%).

3. Inclusão do pagamento de todos os transplantes nos planos de saúde, e não apenas o pagamento dos transplantes de rim e córneas, como ocorre atualmente, onerando o SUS.

4. Inclusão de novas medicações de comprovada efetividade, tanto na redução de episódios de rejeição aguda, quanto na diminuição de efeitos colaterais dos imunossupressores ou no aumento da sobrevida do enxerto, na relação de medicações financiadas pelo fundo.

5. Estudos dos custos dos vários tipos de transplante no país, assim como da relação custo-benefício das medicações imunossupressoras.

Quadro 5 – Medidas financeiras utilizadas no Brasil

- Criação de um fundo específico para o financiamento dos transplantes.
- Pagamento da procura de doadores: processo dividido por módulos e ressarcimento por procedimento.
- Pagamento do acompanhamento ambulatorial pós-transplante, não por consulta, mas por paciente acompanhado e efetivamente atendido.
- Pagamento uniforme para hospitais universitários e não universitários.

Quadro 6 – Previsão de gastos com os procedimentos de transplante em 2003

	Valor (R$)
Detecção de potencial doador	2.409.824,00
Avaliação imunológica	10.344.200,00
Remoção de órgãos e tecidos	4.328.136,00
Cirurgias de transplante	111.810.653,00
Acompanhamento pós-transplante	28.689.211,00
Imunossupressão	163.587.553,00
Total	**321.169.577,00**

MEDIDAS ORGANIZACIONAIS

Entre os vários obstáculos existentes para o crescimento dos transplantes no país, destacam-se os organizacionais como os mais importantes.

11-especial A POLÍTICA DE TRANSPLANTES.p65 317 11/1/2007, 09:06

Embora os transplantes estivessem sendo realizados há 25 anos, nunca houve uma política responsável pelo planejamento, coordenação e regulamentação desta atividade, a qual dependeu, inicialmente, dos centros de transplante e, posteriormente, das centrais de transplante de alguns Estados (19, 20). As medidas organizacionais mais importantes estão apresentadas no Quadro 7.

A criação do SNT e das Centrais Estaduais (CNCDO) foi o primeiro passo no sentido de modificar a situação dos transplantes no país. Neste modelo, o SNT é o responsável pela política de transplante no país, assessorado pelo Grupo Técnico de Assessoramento (GTA), com funções normativas a nível nacional e o Estado fica com as funções de normatização, distribuição e fiscalização em seu âmbito, enquanto a procura de doadores é função do hospital, através de seus coordenadores. Porém, para que realmente o sistema funcione, ele deve ser aprimorado.

Do ponto de vista organizacional, a medida mais importante é a continuidade da formação e a utilização efetiva dos coordenadores hospitalares na grande maioria dos hospitais com UTI e/ou emergência. Entre as outras medidas organizacionais que devem ser implementadas, destacam-se:

1. A adequação do número de centros de transplante. Embora o número de centros ativos de transplante renal no país pareça ser adequado para os padrões internacionais, o número médio de transplantes realizados pelos centros é muito pequeno, em torno de 15 por ano, e ainda, a maioria dos centros realiza menos de 10 transplantes por ano.

Uma taxa aceitável de centros de transplante, pelo critério populacional, seria de um centro de transplante renal para cada 1,5 milhão de população, um centro de transplante hepático e pancreático para cada 3 a 4 milhões e um centro de transplante cardíaco e pulmonar para cada 5 a 6 milhões de habitantes.

2. Outro aspecto importante é a desigualdade geográfica na distribuição destes centros e das taxas de transplantes, pois eles são preponderantes nas regiões Sul e Sudeste. A situação mais grave e que necessita de atuação urgente é a da região Norte, que tem uma população de quase 12 milhões de habitantes e em torno de 45% da extensão territorial do país, e possui somente um programa de transplante com doador falecido, em Belém. Portanto, nesta região deve-se incentivar a criação de centros de transplante, com critérios menos rígidos do que aqueles exigidos nas regiões Sul e Sudeste.

3. É fundamental a existência de um registro informatizado, com informações completas sobre os doadores potenciais e efetivos, assim como sobre as causas de não efetivação da doação.

4. Sistema informatizado uniforme para os centros de transplante, que permita o acompanhamento *on line* dos pacientes transplantados.

5. Padronização de protocolos imunossupressores, com certa flexibilidade que permita selecionar o protocolo mais adequado às características do receptor ou do doador, com o objetivo de manter a eficácia do tratamento com os menores custos.

Quadro 7 – Medidas organizacionais empregadas no Brasil

- Modelo de organização em três níveis (nacional, estadual e hospitalar).
- Definição do SNT, com a assessoria do GTA, como responsável pela política dos transplantes no país, com função principalmente normatizadora.
- Criação da Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), atuando, no aeroporto de Brasília, na alocação e intercâmbio de órgãos e tecidos entre os estados.
- Criação das CNCDOs em todos os estados que realizam transplante, com funções de organização e de alocação de órgãos e tecidos ("listas únicas" regionais), em seu âmbito.
- Criação do cargo de coordenador de transplante nos hospitais com UTI, os quais devem ficar responsáveis pela procura de doadores.
- Recredenciamento de todos os centros de transplante de órgãos e tecidos do país.
- Incentivo a formação de centros de transplante em regiões menos assistidas (Norte e Nordeste).

MEDIDAS EDUCACIONAIS

Na área de doação e de transplante, a educação, tanto pública quanto profissional, é essencial, pois nesta área, mais do que em qualquer outra da medicina, a participação dos profissionais de saúde e da sociedade é um dos fatores determinantes do sucesso ou do fracasso dos programas de transplante.

Entre as medidas educacionais empregadas a partir de 1997, e apresentadas no Quadro 8, destacam-se os encontros regionais com os intensivistas realizados no Rio Grande do Sul; os encontros periódicos da diretoria da ABTO com os jornalistas em São Paulo e em Brasília; e a formação de Organizações da Sociedade Civil, como a ADOTE e a Pró-Via, atuando na área de doação e transplante no Rio Grande do Sul.

As medidas educacionais, com as organizacionais, são as que mais necessitam maior investimento nos próximos anos. Entre elas destacam-se:

1. Educação para estudantes da área de saúde. No Brasil, são raras as escolas médicas e de enfermagem, que possuem um curso específico de doação e transplante em seu currículo. A FFFCMPA, a partir do primeiro semestre de 2006, disponibilizou uma disciplina eletiva de 24 horas sobre doação e transplante, e este pode ser um modelo a ser seguido por outras faculdades da área de saúde.

2. Educação para Profissionais de Saúde. Os profissionais de saúde são o elo mais crítico do processo doação-transplante, são eles quem identificam os potenciais doadores e desencadeiam o processo de doação, diagnosticando a morte encefálica, comunicando a morte aos familiares e notificando os coordenadores de transplante. Porém,

11-especial A POLÍTICA DE TRANSPLANTES.p65 318 11/1/2007, 09:06

Quadro 8 – Medidas Educacionais utilizadas no Brasil

- Cursos de formação de coordenadores educacionais de transplante.
- Encontros regionais com intensivistas.
- Cursos sobre "Doação e Transplante" para todos profissionais que trabalham nos hospitais.
- Encontros periódicos com jornalistas, especialistas em comunicação e formadores de opinião.
- Desenvolvimento de programas educacionais específicos para estudantes do 2º grau.
- Incentivo à formação de organizações não governamentais atuando na área de doação e transplante.
- Campanhas de doação enfatizando a importância de comunicar a decisão aos familiares.
- Palestras e debates sobre doação nas escolas.
- Semana Nacional da Doação e Dia Nacional do Doador (29 de setembro, dia de São Cosme e São Damião).

muitas vezes, eles apresentam dificuldades em promover a doação, devido a falta de treinamento na identificação e no manejo clínico do potencial doador, a dificuldade em considerar o seu paciente como um doador de órgãos e o receio de complicações legais. Entre as medidas educacionais importantes para os profissionais de saúde destacam-se os encontros regulares com intensivistas e a realização de cursos de educação médica continuada sobre doação e transplante nos hospitais.

3. Educação para a Mídia. A comunidade científica geralmente subestima o papel da mídia e o seu poder de influência, tanto positivo quanto negativo, na predisposição pública para a doação de órgãos. Há a necessidade do suporte profissional de especialistas em comunicação no planejamento das mensagens, com relação ao conteúdo e à melhor maneira de transmití-las. É necessário informar seriamente e educar a mídia e, através dela, discutir com a população o significado da doação de órgãos, a legislação com relação aos transplantes, o conceito de morte encefálica e os problemas gerais desta área.

A promoção de encontros periódicos com a mídia para discussão de todos os aspectos relacionados com a doação e o transplante parece ser uma forma eficaz de troca de informações. Nestes encontros os assuntos controversos devem ser abordados sem hesitação e os aspectos positivos da doação e transplante devem ser exaltados.

4. Educação para a População. A negativa de doação é uma das principais barreiras ao aumento do número de transplantes, essa situação pode ser decorrente de problemas familiares no momento da morte ou de obstáculos populacionais de ordem geral. Deve ser reconhecido que a maior barreira é a falta de informação e o desconhecimento ou a desinformação sobre muitos aspectos da doação e do transplante. Os motivos mais freqüentemente alegados pela família para recusar a doação são a oposição da pessoa em vida, o desconhecimento ou a não aceitação do diagnóstico de morte encefálica, o receio de mutilação do corpo, o medo de comércio e valores culturais e crenças religiosas.

As campanhas governamentais na mídia são medidas importantes, porém de custo muito elevado, e possivelmente de menor eficácia do que outras campanhas fundamentais, como de vacinação e de prevenção da AIDS. Podem ser consideradas como medidas mais importantes, e de custo reduzido, as notícias positivas sobre doação e transplante, veiculadas pela mídia em noticiários ou reportagens publicadas em revistas ou jornais.

A Fundação Social FIERGS, através de Banco de Órgãos e Transplantes (www.bancodeorgaos.org.br), atuando na formação de coordenadores educacionais de transplante, no auxílio a ONGs que promovem a doação e o transplante, na realização de campanhas sobre doação e no auxílio financeiro para equipar hospitais, desempenha um importante papel na conscientização da população gaúcha.

São medidas importantes, as palestras seguidas de debates em escolas, clubes de serviços, universidades, sindicatos, fábricas ou qualquer outro local que manifestar interesse no assunto; a educação pública através de programas comunitários, religiosos e médicos, especialmente entre grupos minoritários; e, principalmente, a formação de coordenadores educacionais, geralmente profissionais de saúde, estudantes universitários, voluntários e participantes de clubes de serviço, que atuarão como formadores de opinião na área de doação e transplante, e participarão de palestras e debates.

SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS DOS TRANSPLANTES

Com a implementação destas medidas consideradas como essenciais para o estabelecimento de uma política de transplantes no país, houve um incremento importante nas taxas de realização de transplantes. Em 2005 foram realizados 3.362 transplantes renais (17), tornando o país o terceiro do mundo em números absolutos, atrás apenas dos Estados Unidos e da China. O transplante hepático cresceu em torno de 25% ao ano desde 1997, tendo passado de 1,4 pmp naquele ano para 5,6 pmp em 2005 (956 transplantes) (17), e o transplante de pâncreas apresentou um incremento importante a partir de 2000. Entretanto, atualmente há no país 63.975 pacientes em lista de espera para transplante, sendo 31.531 para o transplante renal, 24.549 para o transplante de córneas e 7.005 para o transplante hepático, enquanto que o número de pacientes esperando transplante de pâncreas (472), coração (310) e pulmão (108) é menor (21).

Com essas medidas postas em prática nas quatro áreas, pode-se estabelecer como meta o crescimento anual de um doador por milhão de população ao ano, para se atingir nos próxi-

11-especial A POLÍTICA DE TRANSPLANTES.p65 319 11/1/2007, 09:06

mos cinco anos 10 doadores pmp/ano no Brasil, obtendo um aumento de 100% neste período, diminuindo o crescimento das listas de espera e, principalmente, as mortes em lista. Porém, para se alcançar os resultados obtidos nos Estados Unidos (20 doadores pmp) ou da Espanha (35 doadores pmp) o caminho é muito longo e deve ser perseguido com perseverença e seguindo princípios éticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EVANS R, MANNINEN D, GARRISON L, HART L, BLAGG C, GUTMANN RA, HULL AR, LOWRIE EG. The quality of life of patients with end-stage renal disease. N Engl J Med 1985, 312:553-9.
2. OJO AO. HANSON JA, MEIER-KRIESCHE H et al. Survival in recipients of marginal cadaveric donor kidneys compared with other recipients and wait-listed transplant candidadtes. J Am Soc Nephrol 2001, 12:589-597.
3. GARCIA VD, ABRAHÃO MRC, HOEFELMANN N. Procura de Órgãos. In: Neumann J, Abbud Filho M, Garcia VD. ed. Transplante de Órgãos e Tecidos. Sarvier. São Paulo. 1997. p.91-102.
4. ESPINEL E, DEULOFEU R, SABATER R, MAÑALICH M, DOMINGO P, RUÉ M. The capacity for organ generation of hospitals in Catalonia, Spain: A multicentre study. Transplant Proc 1989, 21:1419-21.
5. GORE SM, CABLE DJ, HOLLAND AJ. Organ donation from intensive care units in England and Wales. Two year confidential audit of deaths in intensive care. Br Med J 1992, 304:349-55.
6. NAVARRO A, ESCALANTE JL, ANDRÉS A. Don\or detection and organ procurement in the Madrid region. Transplant Proc 1993, 25:3130-1.
7. MATESANZ R. Meeting the Organ Shortage: An European Consensus Document. Newsletter Transplant 1999, 4:4-17.
8. PESTANA JOM, VAZ MIS, DELMONTE CA, PIVETA VM, RAMOS OL, AJZEN H. Organ donation in Brazil. Lancet 1993, 341:118.
9. ABREU SANTOS ALG, MOURA DA SILVA AA, SANTOS RF. Estimativa do número potencial de doadores cadavéricos e da disponibilidade de órgãos e tecidos para transplantes em uma Capital do Nordeste do Brasil. J Bras Nefrol 2006, 28:25-30.
10. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dados globais da atividade de captação de órgãos por estado no ano de 2005. Registro Brasileiro de Transplantes 2005, 11 (n. 2):28-29.
11. STUART FP, VEITH FJ, Cranford RE. Brain death laws and patterns of consent to remove organs for transplantation from cadaveres in the United States and 28 other countries. Transplantation 1981, 31:238-44.
12. GARCIA VD, GARCIA CD, SILVEIRA AE, ABRAHÃO MR, NECTOUX M, GOLDANI JC, BIANCHINI JJ. Estimative of the number of kidney transplants needed in Rio Grande do Sul, Brazil. XII International Congress of Nephrology. Jerusalém. p.13-8 junho 1993.
13. U.S. Renal Data System, USRDS 2002 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2002. p. 205-212.
14. GARCIA VD, ABBUD FILHO M, KEITEL E, NEUMANN J. Situação atual do processo doação-transplante. In: Garcia VD (ed). Por uma política de transplantes no Brasil. Office Editora e Publicidade Ltda. São Paulo. 2000. p. 19-35.
15. U.S. Renal Data System, USRDS 2002 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2002. p. 519.
16. http://www.ont.es/estadistica (acessada em 18 de setembro de 2006).
17. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Transplantes realizados no ano de 2005. Registro Brasileiro de Transplantes 2005, 11 (n.2):4.
18. GARCIA VD, IANHEZ LE, PESTANA JOM. História dos Transplantes no Brasil. In: GARCIA VD, ABBUD FILHO M, NEUMANN J, PESTANA JOM. Transplante de Órgãos e Tecidos. São Paulo: Segmento Farma Editora. 2006. p 27-42.
19. GARCIA VD, CAMPOS HH, PAULA FJ, PANAJOTOPOULOS N, PESTANA JOM. Proposta de uma política de transplantes para o Brasil. In: Garcia VD (ed). Por uma política de transplantes no Brasil. Office Editora e Publicidade Ltda. São Paulo. 2000. p. 109-162.
20. GARCIA VD, ABBUD-FILHO M, CAMPOS HH, PESTANA JOM. Política de Transplantes no Brasil In: Garcia VD, Abbud Filho M, Neumann J, Pestana JOM. Transplante de Órgãos e Tecidos. São Paulo: Segmento Farma Editora. 2006. p 43-49.
21. http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/lista (acessado em 15 de setembro de 2006).

11-especial A POLÍTICA DE TRANSPLANTES.p65 320 11/1/2007, 09:06