

TRANSPLANTES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: por que estamos atrás do restante do País?



Leonardo Braga De Vincenzi

Analista de Controle Externo do TCE-RJ;

Mestre em Administração Pública pela EBAPE/FGV-RJ

RESUMO: O presente artigo apresenta, de forma geral e resumida, os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio de Janeiro na implementação do seu Programa Estadual de Transplantes. Para melhor entendimento do assunto, é introduzido um breve histórico sobre o SUS e alguns de seus programas ao longo das últimas décadas. A fim de identificar características, dificuldades e limitações a essa mudança, usamos tanto a pesquisa bibliográfica como também a da mídia a respeito do tema. Partindo dessa base, foram usadas entrevistas com profissionais da área médica diretamente envolvidos com o assunto. Por fim, procuramos avaliar os pontos principais que levaram o Estado do Rio de Janeiro e sua sociedade a ter uma baixa adesão ao programa de transplantes do SUS, quando comparado a outros estados da União.

ABSTRACT: This paper generally presents challenges of the Unified Health System (SUS, in Portuguese) in the State of Rio de Janeiro for the implementation of its State Program of Transplants. It introduces a brief history over the past decades, from the deployment of SUS and some of its programs, aiming at a better understanding of the subject. On trying to identify characteristics, difficulties and limitations of this change, we used the method of book references research as well as what has been produced by the media on the subject. For a basic understanding, interviews were conducted with medical professionals directly involved with the subject matter. Finally, we evaluated the reasons why the State of Rio de Janeiro and its society had a low adhesion in the SUS transplants program as compared to other Brazilian states.

PALAVRAS-CHAVE:
Gestão em Saúde Pública;
Implantação do Sistema
Único de Saúde (SUS);
Programa Estadual de
Transplantes (PET); Reforma
do Sistema de Saúde do
Estado do Rio de Janeiro.

KEYWORDS: *Public
Health Management;
Implementation of the
Unified Health System (SUS);
State Program of Transplants;
State of Rio de Janeiro
Health Care Reform.*

INTRODUÇÃO

Quando um transplante é bem-sucedido, não salva apenas uma vida, mas impacta positivamente a saúde física, psicológica e econômica da família envolvida na agonia do paciente. Reflete também no serviço público de saúde, uma vez que o transplantado deixa de ser um paciente crônico, e volta a ser um indivíduo produtivo. A terapia do transplante de órgãos, tecidos e células deve receber atenção de todos.

O SUS

Amparado pela Constituição Federal brasileira de 1988, o processo da Reforma Sanitária constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) para atender ao brasileiro no acesso universal e gratuito à saúde.

Trata-se de um dos mais ambiciosos sistemas desse tipo no mundo. Ao abranger desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, a ideia conceitual é corrigir um longo problema discriminatório que afligia nossa sociedade: o privilégio do bom atendimento de saúde a apenas pequenos e seletos grupos. O Brasil, ao lado de países escandinavos de elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), é um dos raros casos em que se estabelece objetiva e prioritariamente, na Constituição Federal, o princípio da universalização do cuidado da saúde coletiva.

Por outro lado, o aumento dos custos na área médica é uma das grandes dificuldades na atual gestão da saúde no Brasil e no mundo. Tal fato tem a ver, em parte, com o desenvolvimento e a introdução de novas drogas e de métodos de diagnósticos, devidos principalmente aos avanços da medicina tecnológica.

HIERARQUIZAÇÃO ORGANIZACIONAL

O SUS foi pensado como uma parceria da sociedade com o Estado, com base numa hierarquia

de competências de gestão entre os três entes federativos: União, estados e municípios. A União continua a formular políticas nacionais, mas a implantação regional é descentralizada. Esta passa a ser feita pelos seus parceiros, como estados, municípios, ONGs e convênios com a iniciativa privada, tendo como pressuposto o entendimento de que as políticas públicas se efetivam na instância em que está localizada a população a que devem atender.

A parceria com a sociedade¹ ocorre nos conselhos de saúde e é nesses fóruns que são fiscalizados os gastos e discutidas as estratégias de aplicação pública dos recursos para a saúde coletiva.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como parte do processo de criação do SUS, em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)² e o Programa Saúde da Família (PSF). Em conformidade com os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a América Latina, o PSF foi criado com o propósito de organizar a prática da Atenção Primária à Saúde (APS), substituindo o modelo tradicional de saúde (corretivo) por outro mais abrangente, e próximo da família e de sua comunidade.

A estratégia do PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento

1 Também conhecida como cidadania participativa ou gestão social.

2 O PACS hoje faz parte, junto com o PSF, da Estratégia Saúde da Família (ESF).



é prestado na unidade básica de saúde (UBS)³ ou em domicílio, e a população é acompanhada com vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o pronto cuidado com os problemas de saúde da comunidade.

O programa – redefinido como Estratégia Saúde da Família (ESF) – passou a incluir outros em paralelo, por exemplo, Saúde Bucal e Farmácia Básica.

DIVISÃO DE RECURSOS

O financiamento do SUS também é uma responsabilidade comum das três esferas de governo. Em setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que estabeleceu recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde para cada ente federativo.

No entanto, a incompleta regulamentação da EC nº 29 deu margem a que recursos aplicados nas ações e serviços de saúde sofressem o conhecido “desvio de finalidade”, como o que ocorreu com a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Por não ter sido resguardada sua utilização exclusiva na área da saúde, houve transferências de recursos para outros segmentos da economia.

Além desses fatores, observou-se que a criação da CPMF – como forma de financiar a saúde – provocou a diminuição do aporte de outras fontes de receita para o setor. Por esse motivo, houve uma substituição de fontes, em vez de suplementação. Desse modo, permitiu-se a perpetuação da prática comum da declaração de despesas de natureza diversa e outras formas de burlar o cumprimento do percentual mínimo legal a ser dedicado à saúde.

O ponto crítico decorre de a Reforma Tributária não ter sido feita pelo Congresso Nacional, o que traz à baila a necessidade e a importância de serem discutidos em nossa sociedade os impactos das atuais propostas legislativas sobre o financiamento da saúde pública e da seguridade social.

O ATUAL ESTÁGIO DO SUS NO BRASIL

O projeto do SUS ainda está longe de ter sido plenamente implementado, em razão das constantes falhas e lacunas nos seus diversos níveis organizacionais. A crise no sistema de saúde brasileiro ainda é evidente, e pode ser constatada por meio de fatos recorrentes reportados pela mídia.

³ Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, as atuais unidades de suporte básico (USBs) devem possuir área mínima de 154 metros quadrados, incluindo banheiro, salas de observação e de acolhimento.

A despeito dos princípios de descentralização e regionalização previstos pela Constituição, o maior percentual de recursos direcionados ao setor ainda é proveniente da União. Além disso, até há pouco tempo, o modelo de financiamento era centrado no pagamento de procedimentos por tabela, sendo a lógica da produção feita tendo como base as consultas médicas e não a atenção primária.

Somente a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde, houve uma qualificação do processo de gestão. A Saúde também fechou, com estados e municípios, um plano de gratificação para quem se propusesse a cumprir as metas de atendimento.

Ainda não podemos considerar cumprido o projeto inicial do SUS, mas não há dúvida de que nas últimas duas décadas aconteceram avanços significativos. Entretanto, um dos grandes desafios ainda é a vasta extensão territorial do país, resultando em muitas áreas desassistidas, principalmente nas regiões rurais do Norte e do Centro-Oeste.

DESENVOLVIMENTO

Se a situação sanitária no País ainda se mostra crítica, convém destacar como, ao comparar a atual situação da saúde pública no Brasil com a que existia num passado não muito distante, os avanços sociais têm sido significativos.

O RIO ANTES DO SUS

Ao final do século XIX, o Rio contava com poucas instituições filantrópicas para tratamento médico, geralmente religiosas, como as Casas de Misericórdia (a pioneira é a da Rua Santa Luzia, fundada pelo padre Anchieta), e algu-

mas associações mutualistas, promovidas por imigrantes portugueses, espanhóis e italianos. Cabe lembrar a ação de Oswaldo Cruz⁴ ao promover a matança dos ratos e dos mosquitos para combater a peste bubônica, a febre amarela, a dengue, a varíola – tudo isso no contexto da reforma urbana do prefeito Pereira Passos. Contudo, com uma realidade basicamente agrária, até 1923 não havia no Brasil um modelo de assistência médica para a população mais pobre nem para a população rural. Nesse ano, surge a Lei Elói Chaves⁵, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão, inicialmente para ferroviários, sendo depois estendida para outras categorias profissionais.

Na segunda metade do século XX, o Brasil sofreu uma grande expansão urbana, feita de forma desorganizada e sem planejamento.

Há pouco mais de duas décadas (antes da criação do SUS), no caso de uma necessidade hospitalar, a grosso modo os serviços médicos estavam consolidados numa desigualdade distribuída em três níveis: 1) o rico que podia pagar diretamente os melhores médicos, planos e hospitais particulares; 2) o trabalhador com carteira assinada e em dia com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que possuía o direito à assistência médica feita pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) e dispunha de estabelecimentos federais próprios ou convênios realizados com a iniciativa privada, tinha que se satisfazer com um sistema público heterogêneo, ineficiente e superlotado; 3) e o desempregado (ou não contribuinte do INPS), que não tinha direito de ser atendido pela saúde pública e – quando muito – era recebido como indigente, já que entidades filantrópicas como as Santas Casas também não conseguiam dar conta de toda a demanda existente.

⁴ Médico sanitário que, como diretor-geral de Saúde Pública da cidade, instituiu a vacinação obrigatória, o que acabou por provocar a famosa Revolta da Vacina, em 1904.

⁵ É considerada, no Brasil, o ponto de partida da Previdência Social propriamente dita.

Na verdade, naquela época, nem mesmo os aposentados e beneficiários do INPS recebiam atendimento médico adequado. Como a receita do INPS era centralizada na União, e suas verbas não eram repassadas aos municípios, estes acabavam onerados e poucos conseguiam deferir satisfatoriamente todas as requisições.

Acrescentamos que o modelo do Inamps, criado durante o regime militar, era pautado basicamente pela filosofia da medicina curativa. Antes do SUS, a realidade da saúde era baseada em regalias e privilégios.

A unificação do sistema de saúde pública procurou acabar com essas disfunções. Ao longo das duas últimas décadas, a organização do sistema de saúde vem sendo realizada aos poucos.

No Estado do Rio de Janeiro, em 2011 (ano que foi escrito esse artigo), a estrutura administrativa regulatória da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (Sedesc/RJ) era composta por dez Centrais Regionais de Regulação⁶, assunto este que será analisado mais adiante.

POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES

A Política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na legislação (Lei

9.434/1997 e Lei 10.211/2001), tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores, e não a maleficência em relação aos doadores vivos.

O processo de doação efetivo de órgãos começa na UTI do hospital, com o diagnóstico de morte encefálica de um paciente. Nesse momento, após sua comprovação, o médico deve avisar a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), componente da Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (Cerac) e da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). Essa notificação é compulsória, independente do desejo familiar de doação, ou da condição clínica do potencial doador para se converter em doador efetivo.

A CNCDO – no Rio de Janeiro conhecida como Rio-Transplante – possui uma lista única de candidatos a transplantes, ordenada pela Secretaria Estadual de Saúde e controlada pelo Ministério da Saúde juntamente com o Ministério Público Estadual.

A lista única de receptores está organizada por ordem de inscrição, segundo o tipo sanguíneo, bem como o órgão ou tecido a ser transplantado. A escolha do receptor se define pelos exames de compatibilidade entre o doador e o receptor, além de sua localidade. Por isso, nem



| 6 Fonte: Portal do Ministério da Saúde.

sempre o primeiro da lista é o próximo a receber o órgão. Seu atendimento segue regras rígidas e leva em conta, além da ordem de chegada, critérios técnicos, geográficos, de compatibilidade e de urgência específicos para cada órgão. Cada paciente inscrito no programa recebe um número próprio, permitindo que sua posição na lista possa ser acompanhada a qualquer momento pela Internet. Caracterizam-se dessa forma a transparência e o princípio democrático e humanitário do processo.

Se o doador em morte encefálica não tiver nenhuma contraindicação clínica, sua família é consultada. Caso ela autorize, a Central de Trans-

plantes aciona rapidamente uma de suas equipes de especialistas para fazer a retirada cirúrgica, a acomodação e o transporte do(s) órgão(s).

Possuímos um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo, pois o SUS tem mantido uma média anual acima de 90% do total de procedimentos efetuados no País (ver tabela 1). Com 555 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizá-los, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) está presente em quase todos estados, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes⁷.

Os números gerais de transplantes no Brasil em 2010 podem ser analisado na tabela 2.

Tabela 1 – Órgãos transplantados no Brasil em 2010

Órgãos sólidos	Vivo		Efetivo*		Total
	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	
Rim	1.493	221	2.903	43	4.660 (72,6%)
Fígado	84	25	1.233	62	1.404 (21,9%)
Coração	0	0	162	5	167 (2,6%)
Rim/Pâncreas	0	0	85	2	87 (1,2%)
Pulmão	0	0	57	3	60 (1,0%)
Pâncreas	0	0	36	8	44 (0,7%)
Total	1.577 (86%)	246 (14%)	4.476 (97%)	123 (3%)	6.422 (100,0%)

(*) Que possibilitam transplante a partir do diagnóstico de morte encefálica.
Fonte: Elaboração do autor, com base no portal do Ministério da Saúde.

Tabela 2 - Número geral de transplantes no Brasil em 2010

	Órgãos Sólidos		Córneas		TMO autólogo**		TMO alogênico***		Total Geral
	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	
	6.053	369	7.959	4.964	943	39	667	46	
Total	6.422	12.923	982	713	21.040				

(*) Órgãos sólidos (rim, fígado, coração, pâncreas e pulmão), tecidos e células.

(**) Transplantes de medula óssea feitos com células do próprio doador.

(***) Transplantes de medula óssea feitos com células de outra pessoa.

Fonte: Elaboração do autor, com base no Portal do Ministério da Saúde.

| 7 Fonte: Datasus.

Tabela 3 – Número geral de transplantes por estado em 2010

	Órgãos Sólidos		Córneas		TMO autólogo**		TMO		Ranking Nacional (Total)
	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	
SP	2.743	213	3.547		494	25	351	37	1° (9.900)
MG	638	19	660	668	46	0	21	0	2° (2.052)
RS	497	34	438	321	72	0	43	0	3° (1.405)
·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
RJ	227	24	75	70	96	0	61	0	8° (553)

Fonte: Elaboração do autor, com base no portal do Ministério da Saúde.

O maior estado transplantador no Brasil é São Paulo. Do total de 21.040 feitos em solo brasileiro em 2010, os paulistas efetuaram 9.900 transplantes (47%). Em segundo lugar, está Minas Gerais, com 2.052 (10%); e, em terceiro lugar, encontramos o Rio Grande do Sul, com 1.405 (7%). Nessa lista, verificamos que o Rio de Janeiro fica em oitavo, com 553 (3%) do total absoluto de transplantes realizados no Brasil em 2010 (tabela 3).

O sistema de transplante de órgãos do SUS começa pelo órgão do Complexo Regulador conhecido como Cerac. É dentro do hospital – na

UTI – que se formam as condições iniciais do processo de retirada de órgãos para transplantes de pacientes com morte encefálica, transformando um potencial doador num doador efetivo.

Uma das deficiências no atendimento emergencial do SUS no Rio está relacionada ao fato de que nem todos os municípios fluminenses estão atualmente integrados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), tanto por dificuldades de acordos inerentes ao financiamento municipal como pela falta de regulamentação e de repasse da contrapartida estadual.



OPERAÇÃO FURA-FILA: DILEMA ÉTICO OU CRIME?

Em meados de 2007, toda a equipe de médicos, incluindo o chefe da equipe de transplantes hepáticos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), foi acusada pela Polícia Federal de burlar a ordem da lista nacional de transplantes de fígado. O incidente provocou a desorganização total do sistema estadual de transplantes do Rio de Janeiro.

O transplante de fígado é considerado um dos procedimentos de maior complexidade e de alto custo financeiro. Segundo os especialistas, excetuando o coração, nenhum outro órgão transplantado interfere tanto no organismo humano.

O problema começou quando o SNT soube que havia um fígado disponível em Belo Horizonte. Devido à greve que acontecia na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como não havia condições de captação do órgão, a prioridade da lista do SUS passou para o Rio de Janeiro. Coincidentemente, no mesmo dia houve o terrível desastre com um avião de passageiros da empresa aérea TAM em Congonhas, com quase 200 vítimas fatais, ocasionando atrasos nos voos em todo o Brasil. Se o fígado não fosse retirado de Belo Horizonte até meia-noite, perderia a validade. Porém, com o colapso aéreo provocado pelo acidente, ficou impossível transportar em tempo hábil o fígado para o Rio de Janeiro em aviões de carreira. Em vista do impasse, o fígado iria ser descartado, já que os recursos federais disponíveis pelo SUS eram (e ainda são) incapazes de arcar com o frete de um táxi aéreo.

Naquele momento, o médico e chefe da equipe de transplantes do HUCFF entrou em contato com o SNT informando que havia um paciente

dele em um hospital particular que também necessitava de um fígado, e que esse mesmo cliente poderia mandar buscá-lo em Belo Horizonte porque dispunha de avião particular. Depois da recusa da equipe hepática do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), e para não ser jogado fora, o fígado foi cedido e transplantado em um paciente que não estava na ordem da vez pela lista do SUS⁸.

Resumindo: mesmo sem ter prioridade, o paciente com melhor condição financeira furou a lista de espera nacional, e recebeu o transplante do fígado. Sabemos que o SUS foi criado para universalizar e democratizar o sistema público de saúde, mas esse caso mostra que ainda há muito a fazer.

Por outro lado, durante possíveis adversidades no transporte aéreo, o governo fluminense e sua Secretaria de Saúde poderiam disponibilizar recursos de sua Polícia Militar (avião e helicóptero) – como acontece comumente no Estado de São Paulo.

Naquele problema se incluíram: uma disputa política entre os grupos de transplante hepático; o fato de o paciente que recebeu o fígado ser irmão de um famoso diretor de televisão, e de outra emissora explorar o caso para atingir sua concorrente; e também de o paciente ser filho de um influente ex-governador nordestino.

Após ter sido submetido a julgamento pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), e ter sido absolvido por unanimidade pelos 21 Conselheiros que o julgaram, o médico daquele evento encontra-se em situação ativa na profissão, e, em primeira instância, toda a equipe foi também inocentada. Em sua atividade profissional, muitas vezes cabe ao médico decidir quem vive e quem morre. A indagação ética que se coloca é: até que ponto o médico deve ter autonomia para fazer esse tipo de opção?

⁸ No caso de transplante hepático, o critério atual de distribuição dessa lista é a gravidade do estado clínico do paciente que está esperando para receber a doação, medido por uma fórmula matemática chamada Meld; recebe o fígado o paciente que tiver o Meld mais alto.

Um curioso paradoxo apontado por Carlos Norberto Varaldo, presidente do Grupo Otimismo de Apoio aos Portadores de Hepatite, foi que, por ter o Rio de Janeiro sido a primeira cidade do Brasil a promover nas ruas a fiscalização da Lei Seca⁹ (atualmente é a cidade que mais realiza essa fiscalização no País), se isso por um lado reduziu o número de acidentes automobilísticos, por outro diminuiu o número de doadores de fígado:

[...] depois do estrago causado pelo escândalo fura-fila, a Lei Seca reduziu o número de doadores efetivos hepáticos, já que 95% deles eram vítimas de acidentes de trânsito. Por isso, precisamos fazer regularmente campanhas de doação de órgãos, conscientizando a população acerca de sua importância.¹⁰

Outra mudança que vem ocorrendo na cidade do Rio de Janeiro é com o programa estadual de pacificação de favelas, as Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs). Somente no primeiro trimestre de 2011, houve uma substancial redução (46,6%) no número de pacientes baleados atendidos nas quatro principais emergências hospitalares públicas da cidade do Rio de Janeiro¹¹, quando comparado aos atendimentos efetuados no primeiro trimestre de 2009¹². Caso essa tendência se confirme, o SUS poderá, eventualmente, redirecionar suas verbas para outras obrigações com a saúde pública como, por exemplo, o setor de transplantes.

O PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO RIO DE JANEIRO

A Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Sesdec/RJ), atualmente composta de dez Centrais Regionais de Regulação, lançou em abril de 2010 o Programa Estadual de Transplantes de Órgãos do Rio de Janeiro (PET).

Esse programa adotou uma série de medidas com o objetivo de aumentar o número de transplantes no estado. Entre elas, podemos citar: a inclusão de hospitais privados¹³ na rede transplantadora do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição de uma remuneração suplementar para profissionais que realizem procedimentos de captação e implante de órgãos. Também disponibilizou novos canais de comunicação com a população, como o disque-transplante 155, um site na internet e a confecção de cartilhas que serão distribuídas para a população em hospitais estaduais.

Há igualmente uma nova estratégia para aumentar o número de doadores. Trata-se da implantação das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (Cihdotts), ideia inicialmente adotada pela Espanha, país que se tornou referência em transplantes no mundo. Formadas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, essas equipes multidisciplinares têm a missão de percorrer diariamente as unidades críticas dos hospitais onde estão alocadas, identificando potenciais doadores.

9 A Lei 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida como Lei Seca, basicamente alterou os artigos 165, 276 e 277 do Código de Trânsito Brasileiro e tornou mais rígido o controle do consumo de bebida alcoólica pelos motoristas de veículos automotores.

10 Entrevista concedida por Carlos Norberto Varaldo ao autor em maio de 2010.

11 Hospitais Souza Aguiar, Miguel Couto, Lourenço Jorge e Salgado Filho.

12 BOTTARI, Elenice. Atendimento a baleados cai 46% nos hospitais do Rio. O Globo, Rio de Janeiro, 22 mai. 2011. Caderno Rio, p. 17.

13 São eles: Quinta D'Or, Barra D'Or, Hospital Adventista Silvestre, Hospital de Clínicas de Niterói (HCN) e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP).

Tabela 4 - Evolução do número de doadores efetivos* de órgãos no Brasil

ANO	Doadores Efetivos	Índice de doadores (pmp)
2004	1.232	6,80
2007	1.150	6,13
2010	1.896	9,90

(*) Transplantes a partir do diagnóstico de morte encefálica.
Fonte: Portal do Ministério da Saúde.

Tabela 5 - Evolução de transplantes de órgãos sólidos* no Brasil

ANO	Total de Órgãos
2004	4.584
2007	4.447
2010	6.422

(*) Rim, fígado, coração, pâncreas e pulmão.
Fonte: Portal do Ministério da Saúde

Tabela 6 - Evolução de transplantes no Brasil

ANO	Total de Órgãos, Tecidos e Células
2004	14.175
2007	17.428
2010	21.040

Fonte: Portal do Ministério da Saúde.

Tabela 7 - Evolução de investimentos do SUS

ANO	Valor (em R\$)
2004	409,4 milhões
2007	713,1 milhões
2010	1,198 bilhão

Fonte: Portal do Ministério da Saúde

Tabela 8 – Ranking nacional dos estados doadores efetivos de órgãos em 2010

UF	Potenciais doadores	Doadores efetivos	% de efetivação*	Índice pmp**	Posição nacional
SP	2621	872	33%	21,2	1º
SC	295	109	37%	17,7	2º
DF	199	42	21%	16,3	3º
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
RJ	498	80	16%	5,1	12º

(*) Doadores efetivos dividido por potenciais doadores.

(**) Doadores efetivos dividido pela população do estado multiplicado por um milhão de pessoas.

Fonte: RBT, ano XVI, nº 4, Jan/Dez de 2010, p. 26.

O Brasil se tornou, em pouco mais de uma década, o segundo país do mundo em números absolutos de transplantes efetuados por ano, sendo que, em 2010, 96% desses foram feitos pelo SUS.

Em apenas um ano, houve um crescimento de 14% do número de doadores efetivos, isto é, que possibilitaram transplantes a partir do diagnóstico de morte encefálica. Em 2010, foram registrados 1.896 doadores, em contraposição a 1.150 no ano de 2007 (tabela 4). Com esse desempenho, o Brasil atingiu a histórica marca de 9,9 doadores efetivos por um milhão de pessoas (pmp).

Nas tabelas 5, 6 e 7 é possível verificar a evolução dos transplantes no Brasil, inclusive os investimentos do SUS, nos anos 2004, 2007 e 2010. O Estado de São Paulo é o destaque positivo, exibindo grande atividade transplantadora,

aliada a um bom desempenho relativo, nos seus indicadores para a área de saúde.

No quadro nacional, o Estado do Rio de Janeiro está nitidamente em uma situação inferior ao seu reconhecido potencial técnico hospitalar, sanitário, humano e econômico. Ao compararmos com o índice médio nacional de 9,9 doadores efetivos por milhão de pessoas em 2011 – indicador este que mede a eficiência hospitalar na captação de tecidos e de órgãos para transplantes entre seus doadores –, verificamos que o Rio de Janeiro apresentou um dos mais baixos desempenhos da sua região (5,1 pmp), ficando na 12ª posição entre os 27 estados do País (tabela 8).

A baixa eficiência do sistema de transplantes do Rio de Janeiro fez com que, em 2010, 619 dos seus moradores¹⁴ recorressem a São Paulo para serem operados.

I 14 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES FINAIS

Solidariedade e cordialidade são características normalmente atribuídas à população fluminense, mas parece inquietante o baixo índice de mobilização dessa população no quesito doação de órgãos e tecidos. Isso fica evidente na Tabela 8. Em 2010, o Estado do Rio de Janeiro teve 498 potenciais doadores, porém apenas 80 destes se tornaram doadores efetivos. Ou seja, 16% de casos convertidos em doações. Ao compararmos com os 37% de Santa Catarina e os 39% do Ceará, vemos como isto é relevante para a queda do índice pmp no Rio de Janeiro.

Por isso perguntamos: por que o Rio de Janeiro tem um número tão reduzido de doadores efetivos?

A resposta pode estar em uma elevada taxa de exclusão clínica, devido a, entre outros fatores, uma inadequada manutenção dos potenciais doadores, associada a um elevado índice de negativas familiares à doação.

Confirmamos isso ao analisar os números do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)¹⁵, veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). No primeiro trimestre de 2011, o Estado do Rio de Janeiro teve 103 potenciais doadores, dos quais apenas 11 se tornaram doadores efetivos (cerca de 10%). Dos restantes 92 não doadores, cinco tiveram a morte encefálica não confirmada, 11 foram recusados por contraindicação médica, 39 sofreram parada cardiorrespiratória, e, do total de 43 famílias entrevistadas, 32 negaram a doação de órgãos de seu familiar. Em suma: com o percentual de 75% de não doadores, no primeiro trimestre de 2011 – lamentavelmente – o Rio de Janeiro foi o estado que mais recusou a doação de órgãos¹⁶.

São válidas as medidas adotadas pelo PET, mas acreditamos que um ponto deva receber as maiores atenções: a ineficiência na captação e manutenção de órgãos.

O elevado grau de exclusão clínica pode ser atribuído à falta de incentivos direcionados ao médico para manter o doador em morte encefálica com o coração e o pulmão em funcionamento.

Por outro lado, existe um fator de subjetividade na análise do órgão durante o processo de captação feita pela equipe médica de transplantes, dando margem à manipulação da lista do SUS. Exames superficiais não garantem um doador falecido com órgãos perfeitos. Isso só pode ser verificado durante a cirurgia de captação do órgão, quando a equipe de transplante abre cirurgicamente o corpo do mesmo e avalia tecnicamente – naquele momento – se o órgão é bom (ideal) ou ruim (limitrofe).

Por exemplo, se for verificado excesso de gordura¹⁷ no fígado do doador,

15 RBT, ano XVII, nº 1, jan/mar de 2011, p. 23.

16 Somente computados os estados que informaram o número total de entrevistas familiares realizadas.

17 Esteatose.

o órgão pode ser recusado para ser transplantado no primeiro paciente da lista do SUS, porque, sendo ele o mais debilitado da lista, não suportaria um órgão limítrofe; mas ainda assim pode ser dirigido para pacientes da rede privada, desde que estes tenham concordado no ato da inscrição. Ou seja, a subjetividade de certos critérios clínicos de avaliação pode transformar doadores potencialmente utilizáveis em doadores marginais (ou limítrofes). Mas é importante que essa última avaliação seja corretamente documentada e divulgada, evitando assim possíveis desconfiças dos outros integrantes da lista.

Entretanto, convém que não seja retirada do médico a autonomia para decidir qual o melhor candidato para receber um órgão limítrofe possível de ser transplantado. “Se eu tenho um fígado limítrofe [mas ainda em boas condições] de uma pessoa de 70 anos, não vou transplantá-lo numa paciente com saúde debilitada de 25 [anos], mas posso colocá-lo num paciente de 80 anos com um tumor de fígado” explicou o Dr. Eduardo de Souza Martins Fernandes¹⁸, cirurgião hepatobiliar do Hospital Adventista Silvestre.

A confiança no sistema de saúde é uma peça-chave para haver aumento da doação de órgãos pela sociedade.

Na verdade, a operação fura-fila se encaixa como exemplo para a expressão “universalização excludente” (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990), expondo a contradição simbiótica e parasita entre os dois sistemas paralelos de saúde existentes: o público e o particular. Ao incluir “por baixo” milhões de desfavorecidos e indigentes, e ao excluir “por cima” segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média mais favorecida, o SUS ainda não possui a abrangência inicialmente planejada, ou seja, universal.

É aconselhável atacar o problema da falta de credibilidade por meio de amplas e duradouras campanhas de conscientização, mostrando a seriedade do programa e promovendo a máxima transparência em seus diversos procedimentos.

Outro ponto relevante é investir na qualificação profissional. Encontrar o receptor certo para o doador disponível exige organização e rapidez. Por isso, a gestão operacional dos hospitais é outro assunto a ser trabalhado, já que muitas vezes o fraco desempenho administrativo tem origem na própria formação médica.

Não há dúvidas de que, para um grande grupo de pessoas com insuficiências orgânicas terminais ou cronicamente incapacitantes, o transplante pode ser uma terapia crucial na melhoria da qualidade de vida. Hoje, mais de 80% dos transplantes são realizados com sucesso¹⁹, reintegrando o paciente à sociedade produtiva.

A dificuldade é que, para ser executado, são necessários a solidariedade e

¹⁸ Depoimento concedido ao autor em 16/05/2011.

¹⁹ Fonte: ABTO

o consentimento humano para doar ao sistema de transplante os órgãos de um parente falecido. Dessa forma, as chances de se obter um doador efetivo aumentam quando as famílias dos possíveis doadores são abordadas adequadamente.

Para haver o aumento do número de doadores de órgãos para transplantes, é preciso que haja vontade política para melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados. São necessários investimentos em infraestrutura hospitalar e em capacitação específica dos envolvidos no sistema.

Dr. Drauzio Varella²⁰, oncologista, elucida que

[...] depois que a morte encefálica é diagnosticada e a Central de Transplantes é avisada, o médico tem de cuidar do cadáver na UTI como se ele estivesse vivo. Dá trabalho fazer isso. Em boa parte do País, há um número reduzido de médicos cuidando de um número enorme de leitos. O médico escolhe entre cuidar do vivo ou do morto.

Não podemos subestimar as dimensões psicológicas e religiosas contidas em todo processo. Neste sentido, além da disseminação e do amadurecimento do conceito de cidadania em nossa sociedade. Ao refletir sobre o papel da educação na escola, Edgar Morin (2000^a, p. 82) recomenda:

[...] a Universidade deve, ao mesmo tempo, adaptar-se às necessidades da sociedade contemporânea e realizar sua missão transecular de conservação, transmissão e enriquecimento de um patrimônio cultural, sem o qual não passaríamos de máquinas de produção e consumo.

Diferentemente da maioria das modalidades terapêuticas, o transplante de órgãos e tecidos se caracteriza por ter na solidariedade a principal matéria-prima. Para sermos solidários, temos que nos sentir responsáveis pelo outro na dimensão da valorização da sua existência. Por isso, há necessidade de a sociedade estar informada a fim de atender ao apelo da doação, materializando a tese humanista de Edgar Morin (2000, p. 93) de que “a consciência de ser solidários com a vida e morte une, a partir de agora, os humanos uns aos outros”.

Afinal, doar é um ato de amor à vida e ao próximo.

20 Depoimento concedido ao canal aberto TV Globo, Programa Fantástico, série “Transplante, o Dom da Vida”, produção e reportagem: Luciana Osório, duração: 11min29seg, início às 22h09min, 12/04/2009.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/>>. Acesso em: 22 abr. 2011.
- _____. *Registro Brasileiro de Transplantes*. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/>>. Acesso em: 28 abr. 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988 (atualizada). Porto Alegre: CORAG, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da saúde*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 16 maio 2011.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.cremerj.org.br/>>. Acesso em: 19 maio 2011.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Revista Dados*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 maio 2011.
- MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à Educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2000.
- MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000a.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/>>. Acesso em: 17 maio 2011.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: 21 maio 2011.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 abr. 2011.