

TRANSPLANTE DE FÍGADO NO BRASIL E SUAS RECENTES MUDANÇAS

Ben-Hur Ferraz-Neto*

O transplante de fígado realizado, pela primeira vez no início da década de 60, por Thomaz Starzl, nos Estados Unidos da América e seguido por Roy Calne, na Inglaterra, transformou-se no procedimento de escolha para o tratamento dos indivíduos portadores de enfermidades hepáticas crônicas ou agudas, que tenham o prognóstico de levar o paciente ao óbito por uma de suas complicações, num prazo ao redor de 18 meses, ou seja, hepatopatias terminais.

Isto é fato desde o início dos anos 80, quando após uma conferência internacional de consenso, o transplante passou de um tratamento experimental à terapêutica de escolha para tais doenças.

Especialmente nos últimos dez anos, o transplante de fígado passou a apresentar resultados tão bons que seus números demonstram indicação estabelecida e rotineira, na maioria dos países desenvolvidos do mundo. Desde o seu início já foram realizados mais de 70.000 destas operações ao redor do mundo. A sobrevivência ultrapassa 90% e 80%, em um e em cinco anos, respectivamente.²

No Brasil, também a partir do início da década de 90, os transplantes começaram a se desenvolver de maneira mais evidente, tendo apoio importante na resolução número 1346/91 do Conselho Federal de Medicina que passara a reconhecer a morte encefálica como causa de óbito. Isto fica claro quando analisados os números de transplantes de fígado realizados nos anos seguintes, assim distribuídos: 131 casos em 1995, 205 em 1996, 221 em 1997, 278 em 1998 e 361 em 1999 (Ferraz-Neto *et al*³, 1999; Associação Brasileira de Transplante de Órgãos⁴, ABTO 2000). Devemos neste momento ressaltar que estes números são insuficientes quando comparados à real necessidade do transplante deste órgão, que deve ser da ordem de 15 transplantes por milhão de habitantes por ano, representando, aproximadamente, 2.400 destas operações anuais no Brasil.

A partir de meados dos anos 90, a comunidade transplantadora do Brasil iniciou discussões a respeito dos critérios de distribuição de órgãos, culminando, em julho de 1997, com a adoção da "Lista Única" para todos os pacientes inscritos. Esta atitude criou enorme polêmica, pois tinha como critérios de distribuição de fígado, a ordem cronológica de entrada na lista, bem como o tipo sanguíneo, o que sem dúvida não representa uma maneira ideal de distribuição. Foram incluídos dois critérios de priorização, o retransplante agudo (até 30 dias após o transplante) e alguns casos de insuficiência hepática aguda fulminante.

Se não bastasse tais alterações no sistema, o Governo Federal modificou a lei de doação de órgãos, criando a **doação presumida**, transformando todo indivíduo em um potencial doador de

órgãos após a sua morte; exceto manifestação contrária, em vida, expressa na carteira de identidade ou de motorista. Esta lei permitia, pela primeira vez na história do País, que o indivíduo em vida optasse por ser ou não doador de órgãos, ao contrário da decisão ser obrigatoriamente da família, como no passado recente.

Todavia, ocorreu o inaceitável, o Governo tinha aprovado a nova lei para ser aplicada após seis meses, utilizando tal prazo para discutir e conscientizar a população de tais mudanças, tão radicais e importantes, pois esta se tratava de uma das mais modernas leis sobre transplantes do mundo. Esta discussão não ocorreu, e a partir de Janeiro de 1998, a lei entrou em vigor sem que praticamente ninguém tivesse a oportunidade de entendê-la, consagrando-se, mais tarde, em interpretação errônea pela comunidade, como se fosse doação **compulsória** (que nunca existiu). Assim seus dias estavam contados, mesmo porque ocorreu uma influência negativa sobre a doação de órgãos.

Neste momento da história, as associações médicas e o próprio Conselho Federal de Medicina concluíram que nenhum médico transplantador deveria realizar extração de órgãos de doadores cadáveres, sem o expresse consentimento da família, consequentemente descumprindo a lei.

Em 1999, o Governo Federal alterou essa lei para a **doação presumida fraca**, que obrigava a abordagem da família e o consentimento da mesma para que se realizassem a extração de órgãos, lei esta que vem sendo cumprida até hoje.

No entanto, a captação de órgãos vem sofrendo as consequências de todas estas mudanças, que acabaram por produzir, de forma assustadora, resultados que demonstram índices, de indivíduos considerados "não doadores", de até 87% em determinados estados (Tabelas I e II).

A partir de julho de 1997 foram criadas as chamadas Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) que têm por objetivo identificar, viabilizar e comunicar a central de transplantes os potenciais doadores do estado de São Paulo.

Estas OPOs continuam apresentando enormes dificuldades de funcionamento, reflexo da própria situação da saúde no país, ainda conseguindo viabilizar apenas uma pequena parte dos potenciais doadores, como pode ser observado na tabela III.

Alguns hospitais privados têm auxiliado estas organizações públicas de procura de órgãos, com apoio financeiro e mesmo material humano especializado, visando assim, promover uma captação mais eficiente e contribuir com a sociedade. Este modelo de transplantes é uma tentativa de organização do

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 2, n. 1, p. 26-27, 2000

* Professor associado do Depto. de Cirurgia do CCMB/PUC-SP.

Tabela I – Dados de enquete junto aos DETRANS quanto à opção não doador nos documentos emitidos em 1999.

| Estados | nº doc. emitidos | nº não-doadores | % não doadores |
|---------------------|------------------|-----------------|----------------|
| Acre | 9.058 | 7.001 | 77% |
| Brasília | 665.579 | 432.160 | 65% |
| Ceará | 162.531 | 109.373 | 67% |
| Espírito Santo | 126.559 | 81.134 | 64% |
| Maranhão | 35.732 | 29.417 | 82% |
| Paraíba | 70076 | 53.626 | 77% |
| Paraná | 510.997 | 263.859 | 52% |
| Rio Grande do Norte | 62.517 | 47.950 | 77% |
| Rondônia | 27.373 | 21.254 | 80% |

(Fonte: ABTO)

Tabela II – Dados de enquete junto aos institutos de identificação quanto à opção não doador nos documentos emitidos em 1999.

| Estado | nº doc. emitidos | nº não-doadores | % não doadores |
|-------------------|------------------|-----------------|----------------|
| Amapá | 32.866 | 10.507 | 32% |
| Brasília | 153.633 | 29.531 | 19% |
| Mato Grosso | 38.304 | 23.653 | 51% |
| Minas Gerais | 806.746 | 596.939 | 74% |
| Paraíba | 131.627 | 109.342 | 83% |
| Paraná | 344.340 | 78.407 | 23% |
| Rio de Janeiro | 668.529 | 153.125 | 23% |
| Rio Grande do Sul | 569.858 | 104.502 | 18% |
| Santa Catarina | 14.695 | 7.319 | 50% |
| São Paulo | 2.334.399 | 710.418 | 30% |
| Sergipe | 83.332 | 72.837 | 87% |
| Tocantins | 75.000 | 11.250 | 15% |

(Fonte: ABTO)

Sistema de Transplantes no Brasil, embora com muitas falhas, vem se aperfeiçoando com o passar dos últimos anos.

Está claro que se não existir vontade política de incentivo ao transplante e, conseqüentemente, um investimento maciço na captação de órgãos, o futuro do transplante no Brasil ainda permanece incógnito; enquanto que o mundo, já o tem como opção terapêutica de escolha para aqueles que se encontram em lista de espera.

Tabela III – Número de notificações de potenciais doadores e número de doadores viáveis entre 01/01/00 e 30/06/00

| OPO | Notificações | DOADORES NÃO VIÁVEIS | | | | DOADORES VIÁVEIS | TRANSPLANTES | | | |
|----------------------|--------------|----------------------|-------|--------------------|--------|------------------|--------------|--------|---------|----------|
| | | Recusa familiar | Soro+ | Parada cardio-resp | Outros | | rim | fígado | coração | pâncreas |
| Dante Pazzanese | 69 | 32 | 1 | 15 | 9 | 12 | 24 | 10 | 3 | 2 |
| E. Paulista Medicina | 162 | 53 | 4 | 37 | 36 | 32 | 53 | 26 | 8 | 0 |
| HCFMUSP | 136 | 49 | 2 | 38 | 16 | 31 | 51 | 27 | 11 | 10 |
| Santa Casa | 98 | 32 | 2 | 24 | 14 | 26 | 45 | 23 | 11 | 6 |
| HC Ribeirão Preto | 65 | 6 | 2 | 10 | 38 | 9 | 17 | 7 | 1 | 0 |
| UNICAMP | 84 | 34 | 2 | 19 | 9 | 20 | 38 | 14 | 3 | 0 |
| São José do R. Preto | 37 | 8 | 0 | 16 | 6 | 7 | 11 | 5 | 0 | 0 |
| Botucatu | 7 | 3 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| Sorocaba | 12 | 1 | 0 | 5 | 1 | 5 | 9 | 5 | 0 | 0 |
| Marília | 6 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 9 | 5 | 0 | 0 |
| Outros Estados | 11 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 16 | 1 | 0 | 0 |
| Total | 687 | 218 | 13 | 166 | 131 | 159 | 279 | 124 | 37 | 18 |

(Fonte: <http://www.saude.sp.gov.br>)

Seria de muito valor terminar estes comentários dizendo que isto tem sido válido por despertar na sociedade a semente de se falar, pensar e sonhar com o transplante em níveis de primeiro mundo no nosso país. Porém, quando isto poderá acontecer se, ao aprovarem a lei que normatiza as obrigações dos convênios e seguros de saúde, incluíram apenas os transplantes de córneas e rins como obrigatórios? Será que o direito de viver é menor para aqueles portadores de doenças crônicas do fígado ou do coração?

Certamente, nós que vivemos sob todas as incertezas desta nação acreditamos que existe a possibilidade de sermos desenvolvidos, mesmo em relação a procedimentos de saúde, como os transplantes que ainda não são amplamente discutidos nas escolas médicas.

Cabe a nós, comunidade médica, especialmente àquela especializada, cobrar dos governantes o esclarecimento deste assunto junto à população, para que os transplantes passem a ser realidade absoluta em todo o país, e que a mortalidade em lista de espera para transplante de fígado seja menor, pois os atuais números chegam a quase 50%.

A Saúde tem solução, as doenças tem cura e o transplante é uma delas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. *Registro Brasileiro de Transplantes*. ano VI, n. 2, 2000.
- EUROPEAN LIVER TRANSPLANT REGISTRY. France: Villejuif, 1997.
- FERRAZ-NETO, B.H.; AFONSO, R.C.; SAAD, W.A. *Situação do Transplante Hepático no Brasil. Diagn. Tratamento*. v. 4, n. 3, p. 7-11, 1999.