

TRANSPLANTE HEPÁTICO NO BRASIL: DESENVOLVIMENTO COM ÉTICA E JUSTIÇA

LIVER TRANSPLANTATION IN BRAZIL: DEVELOPMENT WITH ETHICAL AND JUSTICE ISSUES

Renato Hidalgo¹, Ben-Hur Ferraz Neto²

Realizado pela primeira vez em 1963, por Thomas Starzl, o transplante de fígado apresentou grande desenvolvimento nas últimas décadas, principalmente devido ao avanço dos aspectos técnico-cirúrgicos, do desenvolvimento de novos agentes imunossupressores, da monitorização intra-operatória da coagulação, do aperfeiçoamento do ato anestésico e da abordagem multiprofissional dos pacientes transplantados. Dessa forma, atualmente, 24 anos após sua aceitação como método terapêutico de escolha para pacientes portadores de hepatopatas em fase terminal pelo National Institute of Health Conference (NIH), o transplante hepático se transformou em procedimento realizado de forma rotineira com índices de sobrevivência em um ano que superam os 80% em vários países.

Frente ao crescente sucesso desta modalidade de tratamento, hoje a comunidade transplantadora se depara com um grande problema: a confrontação de excelentes resultados que o transplante de fígado tem apresentado e a falta de órgãos disponíveis, traduzido pela progressiva desproporção entre o número de candidatos ao transplante e de potenciais doadores de órgãos.

No Brasil, o primeiro transplante de fígado foi realizado em 1968, na Universidade de São Paulo, embora somente em 1985 tenha se estabelecido um programa contínuo de transplantes, na mesma universidade, sob a liderança do professor Silvano Raia. Desde então, e até 1997, cabia a cada centro transplantador optar pelo critério que julgasse mais adequado para alocar os poucos enxertos hepáticos viabilizados, fossem eles claros ou não.

Somente em 1997, através do Decreto número 2.268, foram instituídos o cadastro técnico de receptores ao transplante, juntamente com a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que sob a tutela do Ministério da Saúde criou uma “lista única” de pacientes. Desde então, passamos a contar com um sistema totalmente controlado pelo Estado, ao nível das Secretarias Estaduais, bem como pelo Ministério da Saúde, com regras claras para a alocação dos órgãos doados, que no caso do fígado passou a ser pela compatibilidade sanguínea e pela ordem cronológica do paciente em lista de espera. Esta mudança representou uma grande evolução ao sistema transplantador nacional devido ao estabelecimento de regras transparentes na alocação de enxertos àqueles que aguardavam em lista de espera por um órgão.

Apesar de todas as vantagens trazidas por este novo sistema ao processo de transplantação brasileira, alguns inconvenientes foram criados, como, por exemplo, a inscrição precoce de pacientes hepatopatas em fila de espera sem que houvesse uma absoluta indicação de transplante de fígado, o que, em virtude da escassez de doadores de órgãos, fazia com que candidatos ao transplante tivessem que aguardar até anedóticos 51 meses de espera. Neste contexto, as listas de espera cresceram assustadoramente no País, atingindo cifras superiores a 7.000 pacientes aguardando por este tipo de tratamento.

Outro ponto controverso se dava no tocante à mortalidade de pacientes em lista de espera, uma vez que a gravidade da doença não tinha qualquer importância na decisão em receber o órgão doado.

A crescente desproporção entre o número de candidatos ao transplante e o aumento das taxas de mortalidade em lista de espera por um enxerto hepático nunca foi uma prerrogativa brasileira. Frente aos mesmos problemas, os Estados Unidos já se utilizavam há cerca de dez anos de um sistema de alocação que levava em consideração a gravidade da doença hepática baseada, entretanto, em critérios não exclusivamente objetivos, como a necessidade de internação e a Classificação de Child-Turcotte-Pugh. Com o objetivo de melhorar a utilização de seus enxertos hepáticos, esse mesmo país, após a criação do Liver Allocation Committee, em fevereiro de 2002, adotou um novo critério de gravidade, chamado de MELD (Model for End-stage Liver Disease), que se baseava apenas em variáveis objetivas (valores do nível sérico de creatinina, bilirrubina sérica total e relação normatizada internacional – RNI) para o cálculo de um escore contínuo, através de uma fórmula logarítmica.

Nesse modelo, criado inicialmente para prever a mortalidade de pacientes submetidos à derivação porto-sistêmica intra-hepática por via transjugular (TIPS), o aumento do escore é diretamente proporcional ao aumento da gravidade da doença e, portanto, tem maior urgência em ser submetido ao transplante.

Após a publicação dos estudos de Freeman *et al.*, em 2004, demonstrando que com a adoção do critério MELD pacientes mais graves eram transplantados sem impacto negativo nas taxas de sobrevivência precoce do paciente e do enxerto hepático, outros países começaram a discutir a possibilidade de utilização do mesmo critério para alocação de seus enxertos.

Nesse interim, o Brasil, em julho de 2006, adotou este tipo de sistema para distribuição dos enxertos hepáticos. Por aqui, algumas diferenças foram aplicadas ao método desenvolvido nos Estados Unidos, fazendo com que, de maneira inteligente e justa, as crianças fossem posicionadas à frente dos adultos para obtenção de um órgão. Além disso, levando em conta a experiência internacional, optou-se pela caracterização de algumas condições clínicas como “situação especial”, pontuando-se de forma diferente esses pacientes.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 10, n. 4, p. III-IV, 2008

1 - Médico do Programa de Transplantes do Hospital Unimed de Sorocaba e do Hospital Israelita Albert Einstein.

2 - Professor do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP -, responsável pelo Programa Integrado de Transplantes do Hospital Israelita Albert Einstein.

Contato: rhidalgo@einstein.br; ben-hur@einstein.br

Estas condições, apesar de não afetarem gravemente a função hepática dos pacientes, podem evoluir rapidamente para piora clínica, até a morte, sem elevação do escore MELD, sendo a mais comum a presença de carcinoma hepatocelular dentro dos critérios de Milão (nódulo hepático único de até 5 cm ou até 3 nódulos de até 3 cm cada, sem invasão vascular macroscópica ou doença extra-hepática).

Assim como já demonstrado nos estudos realizados por Freeman *et al.*, nos Estados Unidos, apesar da realização de transplante hepático em pacientes com maior gravidade nessa nova era, estudos iniciais sugerem que a utilização deste escore não reduziu a sobrevivência pós-transplante e que a

mortalidade em lista de espera tem diminuído.

Com base nos dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, podemos comparar as curvas de sobrevivências dos pacientes submetidos ao transplante de fígado, não priorizados, tanto na era Pré quanto Pós-MELD, e identificar que não houve diferença entre elas, respectivamente 67,05% e 66,72% em 12 meses.

No entanto, fica claro que a utilização de recursos necessários para o cuidado de pacientes com MELDs elevados, tanto no pré como no pós-transplante de fígado, é superior, levando à necessidade de uma nova discussão sobre a sustentabilidade dos programas de todo o País.