

TRANSPLANTE E DIÁLISE NO BRASIL

Transplant and Dialysis in Brazil

Vera Schattan P. Coelho; Doutora em Ciências Sociais na área de Estado e Políticas Públicas pela Universidade Estadual de Campinas. Pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, R. Morgado de Mateus, 615, 04015-902 / São Paulo.

Vera Schattan P. Coelho; veraspc@uol.com.br

O artigo apresenta resultados parciais da tese de doutorado *Interesses e Instituições na política de saúde: o transplante e a diálise no Brasil*, que teve apoio do CNPQ e da Fapesp - e do projeto temático "Justiça Local" (Nepp/Unicamp) financiado pela Fapesp. A tese foi defendida no programa de Doutorado em Ciências Sociais da Unicamp em 1996. Outros artigos relacionados à tese: Coelho, Vera Schattan P. (2000). "Doação presumida e sistema de transplante no Brasil" in *Políticas do Corpo e o Curso da Vida*. Editora Sumaré. São Paulo; Coelho, Vera Schattan P. (1998) "Interesses e Instituições na Política de Saúde", *Revista Brasileira de Ciências Sociais*; vol.13, nº. 37, junho de 1998; Coelho, Vera Schattan P. (1997). "Doação Presumida e Transplante no Brasil". *Novos Estudos*; nº48, julho, 1997. Editora Brasileira de Ciências. São Paulo.

TRANSPLANTE E DIÁLISE NO BRASIL

Vera Schattan P. Coelho

O artigo apresenta o desenvolvimento da oferta de transplante e diálise no Brasil e analisa a relação entre o número de transplantes e tratamentos dialíticos oferecidos pelo sistema público de saúde. Apesar do significativo crescimento da atividade transplantadora no país, a diálise cresceu, ao longo de todo o período, mais do que o transplante. No sentido de contribuir para o aperfeiçoamento do sistema brasileiro de atendimento ao doente renal crônico são sugeridas algumas medidas de natureza institucional que podem favorecer o crescimento da atividade transplantadora, uma vez que esta ainda se encontra bastante aquém do necessário para atender a demanda.

The article presents the evolution of the number of transplants and dialysis treatments offered by the public health system in Brazil. Despite the impressive growth in transplant activities, dialysis grew more during all the period. The author argues that the main obstacle inhibiting the growth of transplant, which remains below the necessary, has little to do with the shortage of either financial resources or organs, but rather with the rules regulating the use of existing resources. In order to contribute to improve the development of an integrated system concerning terminal chronic kidney failure the author underscores the need to review rules for funding this sector.

A distribuição de recursos entre o transplante e a diálise

No Brasil, até 1980 a maioria dos portadores de insuficiência renal crônica falecia antes do início da diálise ou no seu curso. Poucos tinham oportunidade de se submeter a um transplante, não tendo os órgãos governamentais elaborado um programa adequado de atendimento ao paciente renal crônico (lanhez, 1994). Esta situação foi se alterando a partir de então e, em 1999 dos 75.000 doentes renais crônicos¹ 43.000 estavam em programas de diálise² e 2.381 foram transplantados. Cerca de 90% destes tratamentos foram financiados com recursos públicos. Até hoje, no entanto, por deficiência do sistema de saúde uma parcela dos doentes renais crônicos nem sequer chega a ser diagnosticada.

Estes números revelam que apesar de ainda existirem muitos doentes não atendidos ocorreu nestes últimos trinta anos um vigoroso crescimento na oferta de tratamento para os doentes renais. Cabe notar, entretanto, que ao longo de todo o período foi a diálise a forma de tratamento que mais cresceu. Este fato merece ser analisado com cuidado, pois embora a diálise e o transplante sejam tratamentos complementares, existe hoje consenso³ quanto às vantagens do transplante em termos de qualidade de vida e custo. Pode-se observar no Gráfico 1, que embora a atividade transplantadora tenha crescido

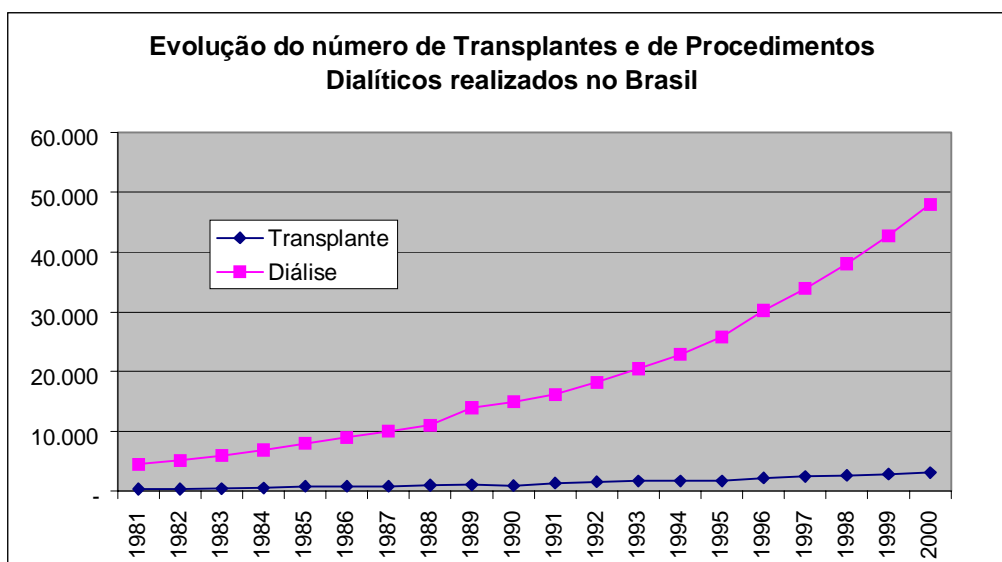
¹ Valor estimado a partir dos parâmetros internacionais para a doença

² A hemodiálise hospitalar é responsável por 81% dos procedimentos dialíticos oferecidos.

³ Este consenso que aparece na literatura especializada é compartilhado pela comunidade de doentes e de prestadores de serviço.

consideravelmente nestes últimos trinta anos, em proporção, ela cresceu bem menos que a atividade dialítica.

Gráfico 1



Fonte: SBN (1979, 1982, 1984,2001); ABTO (1990, 1995,2001); Vaz (1993); Sesso (1987, 1990, 1994, 1995); Baxter (1996), Ministério da Saúde (2001)

Constrangimentos à ampliação do sistema de atendimento

Esta situação é surpreendente quando lembramos dos reiterados esforços feitos nos últimos quinze anos tanto pelo Ministério da Saúde, quanto pelas sociedades de pacientes e de especialistas para a consolidação de um sistema integrado de tratamento para a insuficiência renal crônica que privilegie o transplante.

Neste sentido, vale a pena lembrar que principalmente a partir de 1985 algumas novidades técnicas tornaram a expansão da atividade transplantadora mais factível. Países como os Estados Unidos, a Alemanha, a Espanha e os

escandinavos experimentaram um rápido crescimento em sua atividade transplantadora durante toda a primeira metade da década de 80. Esse crescimento estava associado à criação e ao desenvolvimento de organizações locais, nacionais e transnacionais de resgate e distribuição de órgãos e ao estímulo representado pelo aumento significativo da sobrevida do enxerto renal, alcançado a partir da utilização, em larga escala, de drogas como a ciclosporina e o anticorpo monoclonal (OKT3), que contribuem para minimizar a rejeição ao transplante. Essas drogas começaram a ser usadas no Brasil, sobretudo a partir de 1985 (Ilanhez, 1994).

Para muitos analistas estas condições técnicas e políticas não foram suficientes, no entanto, para promover o crescimento da atividade transplantadora uma vez que faltavam recursos - financeiros, capacidade instalada e órgãos para transplante – para sustentar esse crescimento. Vários estudos têm apontado, no entanto, para a possibilidade de se otimizar a utilização dos diferentes recursos existentes e com isso ampliar a população de doentes renais crônicos transplantados.

Assim, enquanto Pestana (1992) e Vaz (1993) mostraram que por um lado, o brasileiro doa e que, ao menos em tese, haveria quantidade suficiente de órgãos para garantir um significativo crescimento da atividade transplantadora, por outro lado, Ilanhez (1994), Garcia (1994) e Romão (1995) mostraram que existem equipes médicas e capacidade instalada para sustentar o crescimento do transplante.

Se existe esta disponibilidade é razoável pensar que os recursos utilizados no tratamento da insuficiência renal crônica poderiam ter sido otimizados a favor do transplante. Afinal, a expansão na oferta de tratamento para os doentes renais crônicos foi acompanhada, nos últimos vinte anos, por um crescente comprometimento de recursos do orçamento federal no seu financiamento. Assim, por exemplo, entre 1987, ano em que teve início a política federal para o setor, e 1996 foram gastos cerca de US\$3 bilhões no programa (Sesso, 1990; Coelho, 1996).

Ora, diante deste conjunto de condições - políticas, recursos financeiros, órgãos passíveis de serem transplantados e capacidade transplantadora - por que ainda não se alcançou um crescimento mais acentuado da atividade transplantadora do que aquele que tem se verificado para a diálise? Afinal, se é verdade que houve um significativo crescimento da atividade transplantadora que passou de 11 para 17 transplantes por milhão de habitantes entre 1995 para 2001 também é verdade que essa taxa ainda é modesta quando comparada a de países como os EUA, França e Noruega que estão na casa dos 40 transplantes por milhão de habitantes.

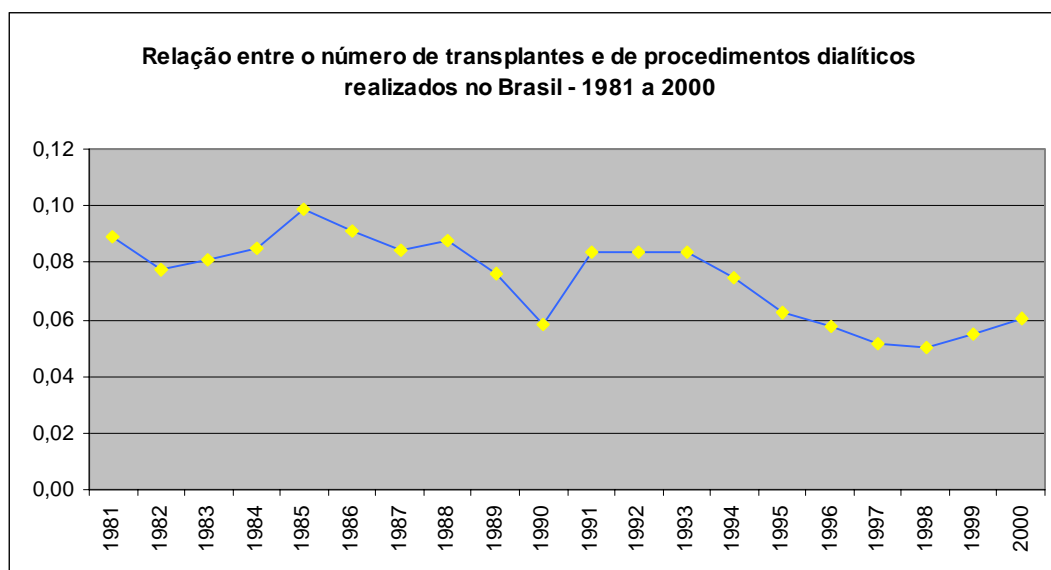
A resposta é em boa parte porque as regras de financiamento do sistema de saúde representam um obstáculo à integração entre os recursos destinados ao tratamento dos doentes renais crônicos. Afinal, segundo essas regras montantes fixos de recursos, calculados a partir de parâmetros oficialmente definidos, eram, e ainda são, destinados aos procedimentos ambulatoriais de um lado e aos hospitalares de outro.

Ora, um sistema integrado de tratamento depende tanto da integração entre os prestadores como de um orçamento único a partir do qual se possam incentivar as mudanças desejadas na distribuição de recursos entre o transplante e a diálise. Ocorre que um orçamento integrado é até hoje algo impensável dentro do atual sistema de financiamento da saúde pública no Brasil. Esse sistema não contava, como até hoje não conta, com mecanismos simples de realocação de recursos de um procedimento ambulatorial para um procedimento hospitalar, não oferecendo, portanto, incentivos para que os atores envolvidos no processo buscassem otimizar a distribuição de recursos entre o transplante e a diálise. No atual sistema, nada do que for economizado com a diálise irá para o transplante. Com isso, criou-se o paradoxo de que tanto do ponto de vista dos pacientes, como dos nefrologistas ou da indústria, deixar a situação como esta significa otimizar o volume de recursos investidos no setor.

A inexistência de mecanismos administrativos que permitissem integrar os recursos financeiros disponíveis para o tratamento da insuficiência renal crônica e alocá-los segundo uma lógica própria a um sistema integrado de tratamento é um dos fatores que explica a falta de impacto das políticas federais - que sempre recomendaram o incentivo ao transplante - sobre a relação entre o número de transplantes e procedimentos de diálise realizados no período. Assim, apesar de várias iniciativas do Ministério da Saúde terem como um de seus principais objetivos o incremento da proporção de transplantados, pode-se observar no Gráfico 2 que a relação entre o número de transplantes e tratamentos dialíticos oferecidos, que era de 8%, em 1981, decresceu até 5%

em 1998, tendo apresentado um pequeno crescimento a partir de então, chegando a 6% em 2000.

Gráfico 2



Fonte: Coelho (1996)

Pontos para o debate da agenda institucional

Em relação ao financiamento do setor, a distinção existente entre procedimentos ambulatoriais e hospitalares e a conseqüente impossibilidade de transferência de recursos financeiros entre eles pode ser reconhecida como um empecilho para o desenvolvimento de um sistema integrado de tratamento da insuficiência renal terminal crônica. Se o crescimento da relação entre o número de transplantes e diálises realizados voltou a crescer a partir de 1999 mostrando que é possível melhorar esta relação mesmo com as atuais condições de

financiamento, a experiência dos últimos vinte anos aponta quão difícil é otimizar a distribuição de recursos entre o transplante e a diálise neste sistema. A idéia de consolidar um orçamento integrado para o tratamento da insuficiência renal crônica segue, assim, aparecendo como uma boa alternativa para os que acreditam que se deva reverter a tendência de crescimento da diálise e estimular o transplante. Para viabilizar esta alternativa será necessário estudar maneiras de diferenciar o financiamento dos procedimentos de alto custo, permitindo que, nos casos em que isso se mostre necessário, este seja pautado, por exemplo, pela relação entre o custo, a sobrevida e a qualidade de vida propiciada pelos diferentes tratamentos disponíveis. Esta decisão poderá inclusive vir a contribuir para a definição de soluções mais adequadas na área de financiamento dos procedimentos de alto custo como um todo.

Uma outra questão vital a ser considerada em trabalhos futuros que analisem as condições para a expansão da capacidade transplantadora é a do custo de se implementar, em uma sociedade como a nossa, um sistema eficiente e transparente de resgate e distribuição de órgãos. Afinal, apesar dos esforços feitos nos últimos anos para implantar e gerir filas únicas há muito ainda a ser feito para garantir a eficiência desse sistema. Isso significa que temos pela frente a tarefa de criar capacidades institucionais que hoje não estão disponíveis no interior do sistema público de saúde.

Em resumo, a análise aqui empreendida aponta a dificuldade para alterar a relação entre o número de transplantes e tratamentos dialíticos oferecidos pelo sistema público de saúde brasileiro. Neste sentido, constatou-se

que nos últimos vinte anos a diálise cresceu mais do que o transplante e sugeriu-se que um passo importante para alterar esta situação, propiciando um crescimento mais acelerado da atividade transplantadora, será a definição de um orçamento que integre os recursos públicos destinados ao transplante e à diálise. Com isso, acreditamos que será mais fácil alcançar o ideal desejado pelos doentes, nefrologistas e autoridades sanitárias: um sistema integrado de atenção ao doente renal crônico brasileiro.

Bibliografia

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (1990). Transplantes renais no Brasil. Comitê de coleta de dados. Mimeo

_____ - (1995). Mimeo

_____ - (2001). www.abto.com.br

Baxter Hospitalar (1996). Dados sobre diálise no Brasil. Mimeo.

Coelho, Vera Schattan P. (1996). Interesses e instituições na política de saúde: o transplante e a diálise no Brasil. Tese de doutorado. Unicamp.

Garcia, Valter Duro et al. (1994). Coordenadoria de transplante do Rio Grande do Sul: análise de seis anos de atividade. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 16,3: 170-178.

Ianhez, Luiz Estevam (1994). “Transplante renal no Brasil: história, evolução e problemas atuais”. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 16,1: 5-16.

Ministério da Saúde (2001). www.saude.gov.br

Pestana, José Omar Medina et al. (1992). “Estimativa do número de potenciais doadores de órgão na cidade de São Paulo”. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 34, 2: 97-100.

Romão, João E. (1995). In "Máquinas de diálise velhas matam 20% dos doentes". Folha de São Paulo, 25/03/95, caderno 3: 6.

Sesso, Ricardo et al. (1987). "Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal". *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 9,2:24-28.

_____ (1990), "Survival analysis of 1563 renal transplants in Brazil: report of the Brazilian registry of renal transplantation". *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 5:956-961.

_____ (1994), "Aspectos epidemiológicos do tratamento dialítico na Grande São Paulo". *Revista da Associação Médica Brasileira*, 40, 1: 10-14.

_____ (1995), "Tratamento dialítico do paciente renal crônico". *Revista da Associação Médica Brasileira*, 41, 1: 1-2.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Comissão de Transplante e Diálise (1979). "tratamento do paciente renal crônico terminal no Brasil". *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 1,2, agosto.

_____ Comissão de Transplante e Diálise (1979) "Terceiro relatório do registro brasileiro de diálise e transplante". *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 6:89-96.

_____ Comissão de Transplante e Diálise (1982), "Terceiro relatório do registro brasileiro de diálise e transplante". *Jornal Brasileiro de Nefrologia*,

_____ (2001) www.sbn.org.br

Vaz, Maria Lúcia dos Santos (1993). *Estudo da necessidade de transplante de órgãos no Brasil e a disponibilidade de doadores*. Tese de doutorado, São Paulo, Escola Paulista de Medicina.

Vera Schattan Ruas Pereira Coelho. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Rua Morgado de Mateus, 615. São Paulo/SP. 04015-902.

F:(0055-11)5574-0399. veraspc@uol.com.br