

Elaine Leandro Machado

**EQUIDADE NO ACESSO AO TRANSPLANTE RENAL EM
BELO HORIZONTE, 2000-2005**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte – MG
2007**

Elaine Leandro Machado

**EQUIDADE NO ACESSO AO TRANSPLANTE RENAL EM
BELO HORIZONTE, 2000-2005**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento).

Orientadora: Dra. Mariângela Leal Cherchiglia
Co-orientador: Dr. Francisco de Assis Acúrcio

**Belo Horizonte - MG
2007**

M149e Machado, Elaine Leandro.
Equidade no acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, 2000-2005/
Elaine Leandro Machado. Belo Horizonte, 2007.
120 p.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Medicina.
Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento.
Linha de pesquisa: Avaliação em Saúde e Serviços de Saúde.
Orientadora: Profa. Dra. Mariângela Leal Cherchiglia.
Co-orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Acúrcio.

1. Transplante de órgãos, tecidos, etc. – Teses. 2. Insuficiência renal crônica – Teses. 3. Rins – Transplante – Teses. 4. Equidade no acesso – Teses. 5. Política de saúde – Minas Gerais – Teses. 6. Serviços de saúde – Avaliação – Teses. I. Cherchiglia, Mariângela Leal. II. Acúrcio, Francisco de Assis. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WJ 368

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora

Prof^a. Heloísa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Sub-Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Elisabeth França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Maria Fernanda Furtado Lima-Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Lorenza Nogueira Campos

Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes



UFMG

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Mariângela Leal Cherchiglia, Francisco de Assis Acúrcio, Ricardo de Castro Cintra Sesso e Walter Antônio Pereira, aprovou a defesa de dissertação intitulada: **“EQÜIDADE NO ACESSO AO TRANSPLANTE RENAL EM BELO HORIZONTE, 2000-2005”**, apresentada pela mestranda **ELAINE LEANDRO MACHADO** para obtenção do título de mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 22 de março de 2007.

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
orientadora

Prof. Francisco de Assis Acúrcio
Co-orientador

Prof. Ricardo de Castro Cintra Sesso

Prof. Walter Antônio Pereira



UFMG

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **ELAINE LEANDRO**, nº de registro 2005222946. Às quatorze horas do dia **vinte e dois do mês de março de dois mil e sete**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar em exame final, o trabalho intitulado: **"EQÜIDADE NO ACESSO AO TRANSPLANTE RENAL EM BELO HORIZONTE, 2000-2005"** requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Mariângela Leal Cherchiglia, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado definitivo. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/orientadora
Prof. Francisco de Assis Acúrcio/co-orientador
Prof. Ricardo de Castro Cintra Sesso
Prof. Walter Antônio Pereira

Instituição: UFMG
Instituição: UFMG
Instituição: UNIFESP
Instituição: UFMG

Indicação: *Aprovada*
Indicação: *Aprovada*
Indicação: *Aprovada*
Indicação: *Aprovada*

Pelas indicações, a candidata foi considerada *Aprovada*.
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela presidente da comissão. Nada mais havendo a tratar a presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da comissão examinadora. Belo Horizonte, 22 de março de 2007.

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/orientadora

Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Francisco de Assis Acúrcio/co-orientador

Francisco de Assis Acúrcio

Prof. Ricardo de Castro Cintra Sesso

Ricardo de Castro Cintra Sesso

Prof. Walter Antônio Pereira

Walter Antônio Pereira

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/Coordenador

Mark Drew Crosland Guimarães

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador

PROF. MARK DREW CROSLAND GUIMARÃES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Faculdade de Medicina/UFMG

*Aos meus pais, irmãos
e ao meu amor Vinícius*

AGRADECIMENTOS

À Profª. Mariângela Leal Cherchiglia: pela orientação e cuidado ao lidar com a minha ansiedade de iniciante;

Ao Prof. Francisco de Assis Acúrcio: pela co-orientação;

À Coordenação e toda Equipe do MG Transplantes: pela receptividade, apoio e disponibilidade em responder dúvidas de uma pesquisadora curiosa;

Ao Jordan e Dra. Aparecida do MG Transplantes: pelas horas de explicação;

À Coordenação e técnicos da Comissão de Nefrologia da Coordenação e Regulação da Alta Complexidade da SMS/BH: pela receptividade;

À Márcia Dayrell da Comissão de Nefrologia da Coordenação e Regulação da Alta Complexidade da SMS/BH: pela disponibilidade;

Aos colegas e amigos Clareci, Priscila, Carlos, Luciana, Michele: pelo companheirismo nessa jornada;

À Mery: pelo apoio e aprendizado;

À Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: pela disponibilidade dos dados necessários;

Aos pacientes portadores de insuficiência renal: minha inspiração para esse estudo;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública: pelo aprendizado constante;

À Alice e Nathália: pela dedicação;

Aos meus pais Décio e Genoveva, irmãos, cunhadas e sobrinhos: pela credibilidade e apoio incondicional na realização dos meus projetos de vida;

Ao Vinícius: pelo amor, cuidado e apoio incondicionais;

Aos meus amigos: pelo apoio, credibilidade e compreensão nos momentos mais difíceis;

Ao Eder e a Marta: pela confiança e apoio em todas as decisões;

A toda equipe do CDANT da Superintendência de Epidemiologia/SES: pelo apoio;

À Grazi: pela escuta paciente de amiga solidária e companheira;

A Deus: pela vida e fé.

Mensagem de um doador Anônimo

Colaboração enviada pelo Dr. Abraão G.Mendes
Coordenador do Banco de Olhos de Vitória/ES

"Não chamem o meu falecimento de leito da morte, mas de leito da vida.

Dêem minha visão ao homem que jamais viu o raiar do sol, o rosto de uma criança ou o amor nos olhos de uma mulher.

Dêem meu coração a uma pessoa cujo coração apenas experimentou dias infindáveis de dor.

Dêem meu sangue ao jovem que foi retirado dos destroços de seu carro, para que ele possa viver para ver os seus netos brincarem.

Dêem os meus rins às pessoas que precisam de uma máquina para viver de semana em semana.

Retirem meus ossos, cada músculo, cada fibra e nervo do meu corpo e encontrem um meio para fazer uma criança inválida caminhar.

Explore cada canto do meu cérebro. Retirem minhas células, se necessário, e deixem-nas crescerem para que, um dia, um menino mudo possa ouvir o gritar em um momento de felicidade ou uma menina surda possa ouvir o barulho da chuva de encontro à sua janela.

Queimem o que restar de mim e espalhem as cinzas ao vento, para ajudarem as flores brotarem.

Se tiverem que enterrar algo, que sejam meus erros, minhas fraquezas e todo o mal que fiz aos meus semelhantes.

Dêem meus pecados ao diabo. Dêem minha alma a Deus.

Se, por acaso, desejarem lembrar-se de mim, façam-no com ação ou palavra amiga a alguém que precise de vocês.

Se fizerem tudo o que pedi, estarei vivo para sempre."

Robert N. Test – 1978

(Extraído de <http://www.abto.org.br/>)

RESUMO

Introdução: O crescimento da insuficiência renal crônica tem alcançado proporções epidêmicas. Somente com a utilização de métodos de filtragem artificial do sangue (diálises) ou a realização do transplante renal, há a possibilidade de sobrevivência do paciente. O transplante renal é o tratamento de escolha, oferecendo melhor sobrevida e qualidade de vida, sendo mais custo-efetivo do que a diálise. O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo e, apesar do crescimento dessa atividade, esse não é suficiente devido a pouca oferta de órgãos e a uma crescente demanda, ocasionando aumento da fila de espera. O conhecimento da situação real dos transplantes no Brasil é precário pela ausência de dados epidemiológicos confiáveis.

Objetivos: Descrever e analisar o acesso ao transplante renal dos pacientes inscritos na lista de espera no município de Belo Horizonte/MG. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, longitudinal, utilizando dados secundários e primários. Variáveis sócio-demográficas e clínicas de pacientes residentes em BH, maiores de 18 anos, inscritos na lista de espera por um rim entre 1º/01/2000 e 31/12/2004, foram coletadas no Cadastro de Receptores de Rim e relatórios do desfecho clínico dos pacientes enviados à Central de Transplantes de Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas com profissionais ligados ao processo regulatório de transplante. Foram feitas análises descritivas, comparativas e temáticas das entrevistas. **Resultados:** Os pacientes transplantados eram mais jovens e ativos profissionalmente. Apresentaram mais frequentemente, grupo sanguíneo A, glomerulonefrites como causa principal da IRC, menor prevalência de diabetes, menor tempo de espera do início da diálise à entrada na lista do que os pacientes não transplantados. O número de doadores vivos permaneceu superior ao de doadores cadáveres no período estudado. **Conclusões:** Os resultados sugerem que variáveis sócio-demográficas e clínicas influenciam o acesso ao transplante renal dos portadores de IRCT em Belo Horizonte. Verificou-se também, que o acesso dos pacientes portadores de IRCT ao transplante, não é um processo que se resume apenas na entrada na lista de espera até a obtenção de um rim, pois as barreiras começam antes da inclusão do paciente na lista, estando presentes desde a atenção básica.

Palavras-chave: Equidade, Acesso, Transplante renal, Avaliação de Serviços, Terapias Renais Substitutivas, Insuficiência Renal Crônica, fila de espera.

ABSTRACT

Background: The world growth in the number of patients with Chronic Renal Failure has reached epidemic rates. Only by using renal replacement therapies (dialysis) or renal transplantation, the patient's survival is possible. The renal transplantation is the choice treatment: it offers better survival and quality of life and it is also more cost effective than dialysis. Brazil has the greatest public health transplantation system in the world and, although the increasing of this activity, it is not sufficient because of the lacking offer of organs and an increasing demand that lead to an increasing of the awaiting list. The knowledge of the real situation of transplantations in Brazil is precarious because of the lack of trustworthy epidemiological data. **Objectives:** Describe and analyze the access to renal transplantation of patients subscribed in the awaiting list in Belo Horizonte/MG, between. **Methods:** This is an observational, longitudinal study, using primary and secondary data. Socio-demographic and clinical variables of patients residents in BH, over 18 years old, subscribed in the kidney waiting list between 01/01/2000 and 12/31/2004, were collected from Renal Receptors Database and from reports on clinical resolution of patients sent to Minas Gerais's Transplantation Center. Professionals involved in regulation of transplantation were interviewed. Descriptive and comparative statistical analysis and interview thematic were made. **Results:** Patients that reached renal transplantation were younger and professionally active than those who didn't. They presented, more frequently, blood type A, glomerulonephritis as main cause of ESRD, less prevalence of diabetes, less time of waiting from the beginning of dialysis to the subscription in the waiting list than the non-transplanted patients. It was detected that the number of living donors remains greater than the cadaveric donors in the period of time studied. **Conclusion:** The results suggest that socio-demographic and clinical factors influence the access to renal transplantation for ESRD patients in Belo Horizonte. It was also verified that the access for ESRD patients to transplantation is not restricted only from the subscribing in the waiting list to gain a kidney being present since the primary care

Key Words: Equity, Access, Kidney Transplantation, Health Service Assessment, Renal Replacement Therapy, End Stage Renal Disease, Waiting List

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ACESSO E EQUIDADE	16
2.2 A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E AS TERAPIAS RENAI SUBSTITUTIVAS (TRS)	17
2.3 O TRANSPLANTE RENAL	20
2.3.1 TRANSPLANTE RENAL NO BRASIL	22
2.3.2 LEGISLAÇÃO SOBRE TRANSPLANTES NO BRASIL	29
2.3.3 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	32
2.3.4 PROCESSO REGULATÓRIO DE ENTRADA NA LISTA DE ESPERA E PRIORIZAÇÃO PARA TRANSPLANTE	36
2.3.5 O ACESSO AO TRANSPLANTE RENAL	39
3 OBJETIVOS	44
4 MÉTODOS	45
4.1 DESENHO	45
4.2 PERÍODO	45
4.3 POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	45
4.4 VARIÁVEIS	46
4.5 OBTENÇÃO DOS DADOS	47
4.5.1 DADOS DE FONTES SECUNDÁRIAS	47
4.5.2 DADOS DE FONTES PRIMÁRIAS	49
4.6 ANÁLISES DE DADOS	49
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
5 RESULTADOS	51
6 DISCUSSÃO	75
7 CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	97
APÊNDICE I	98
APÊNDICE II	102
APÊNDICE III	105
ANEXOS	107
ANEXO I	108
ANEXO II	110
ANEXO III	112
ANEXO IV	114
ANEXO V	117
ANEXO VI	119

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, preconiza a universalidade e equidade à saúde. Entretanto, o que se observa é um descompasso entre o aumento da demanda de atenção à saúde e da sua oferta. Essa discrepância se reflete em importantes barreiras, como a dificuldade de acesso da população às ações e serviços de saúde, principalmente àqueles de alta complexidade (TEIXEIRA, 2003; FRANCO E CAMPOS, 1998).

Vários estudos nacionais indicam desigualdades no acesso a serviços de saúde associadas a fatores sócio-econômicos e geográficos. Entre os fatores relacionados a uma maior utilização ou acesso aos serviços estão: maior renda, cobertura por plano privado de saúde, maior nível de escolaridade, proximidade do local de residência ao serviço de saúde (OLIVEIRA et al., 2004; BARROS e BERTOLDI, 2002; TRAVASSOS et al., 2000).

A acessibilidade é definida como a capacidade de obter o cuidado de saúde para o paciente, quando este necessitar, de forma fácil e conveniente. O acesso é considerado um dos principais componentes para a avaliação em serviços de saúde, em especial da qualidade da atenção em saúde, fornecendo elementos úteis para a reorganização dos componentes do sistema de saúde e contribuindo para que os princípios de equidade, eficiência e eficácia se tornem uma realidade (DONABEDIAN, 1990; ACÚRCIO E GUIMARÃES, 1996).

Os estudos das desigualdades em saúde têm sido relevantes não só para auxiliar na compreensão do complexo processo de determinação das doenças, mas relaciona-se sobretudo à possibilidade de utilização dessa informação para a adoção de estratégias de intervenção sanitária que visem ampliar a equidade em saúde (SILVA, PAIM E COSTA, 1999).

O crescimento mundial do número de pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) tem alcançado proporções epidêmicas nas últimas décadas. Somente com a utilização de métodos de filtragem artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou a realização do transplante renal, há a possibilidade de sobrevivência do paciente. Essas terapias de substituição renal (TRS) são procedimentos considerados de alta complexidade pelo SUS. O transplante renal é o tratamento de escolha para pacientes com insuficiência renal crônica terminal (IRCT) que não apresentem contra-indicações para realizá-lo, oferecendo melhor sobrevida e qualidade de vida,

sendo mais custo-efetivo do que as diálises (EGGERS, 1988; EVANS et al., 1985 e PORT et al., 1993).

A discussão sobre a equidade no acesso ao transplante renal tem se tornado um tema cada vez mais presente na literatura internacional. Variáveis como: gênero, raça, escolaridade, renda, características relacionadas à clínica de diálise e ao centro transplantador, bem como a área geográfica de residência do paciente têm sido relacionadas à probabilidade de se ter acesso ao transplante (O'HARE et al., 2006; ELLISON et al., 2003, ROUDOT-THORAVALL et al., 2003; RUDGE et al., 2003; CHAPMAN et al., 2003).

Atualmente, o Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo, pagando por mais de 95% dos transplantes realizados no país, sendo o segundo país em números absolutos de transplantes de rim, mas obtém o nono lugar quando tal número é corrigido por milhão de habitantes (MEDINA-PESTANA et al., 2004). Ademais, o SUS oferece medicação e acompanhamento necessários ao pós-transplante, o que tem gerado um aumento crescente dos recursos públicos empregados. Em 2004, o valor gasto com cirurgias de transplantes foi de aproximadamente 155 milhões de reais. Ao se considerar os procedimentos associados e os medicamentos, o valor aumenta para de 403 milhões de reais. No entanto, para além do custo social elevado, devem-se considerar as repercussões sociais, psicológicas e de restrição de qualidade de vida do usuário submetido às terapias de substituição renal. Para milhares de brasileiros a realização do transplante é a única esperança de recuperação ou sobrevivência, ocasionando um crescimento expressivo das listas de espera (BRASIL, 2006).

Entretanto, diversos obstáculos são observados em relação ao transplante renal como: a insuficiência de doadores, dificuldades de notificação de morte encefálica, iniquidade na distribuição de órgãos, a não utilização do critério de tempo na distribuição de rins, ausência de controle social sobre as Centrais de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), concentração dos centros transplantadores nas regiões Sul e Sudeste e acompanhamento pós-transplante inadequado (BRASIL, 2004a).

Apesar da crescente demanda, o acesso aos transplantes no país é bastante desigual entre a população dos diversos Estados e entre indivíduos que pagam pelo serviço ou possuem plano de saúde e aqueles sem cobertura de plano privado. Isso gera dificuldades de acesso para a

população de baixa renda e para os que residem distante dos centros transplantadores ou não têm recursos para custear o deslocamento. Observam-se, ainda, a falta de dados confiáveis sobre as atividades de controle do programa de distribuição de órgãos e ausência de informações sobre os resultados em saúde dos pacientes pós-transplantes (BRASIL, 2006).

Considerando esse cenário, observa-se a necessidade de estudos que investiguem a iniquidade no acesso ao transplante de rim e seus fatores condicionantes no Brasil. O conhecimento desses fatores é importante para subsidiar estratégias que garantam um acesso justo ao transplante renal aos portadores de IRCT, não sendo condicionado por outros fatores que não a necessidade de saúde.

Este estudo pretende descrever e analisar os fatores sócio-demográficos e clínicos envolvidos no acesso ao transplante renal em Belo Horizonte. Acredita-se que este estudo possa fornecer importantes informações acerca do panorama geral do processo de transplante renal em Belo Horizonte/MG. Os resultados serão discutidos a partir do princípio de equidade do SUS, das diretrizes da Políticas de Atenção ao Portador de Doença Renal e da Política Nacional de Transplantes, contribuindo para o aperfeiçoamento da política de atenção ao portador de IRC.

É importante considerar que esse estudo está inserido na pesquisa “Avaliação Econômico-Epidemiológica das Modalidades de Terapias Renais Substitutivas no Brasil” (Projeto TRS), desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (GPES/UFMG) com o apoio do Ministério da Saúde (MS).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistema Único de Saúde: acesso e equidade

No Brasil, historicamente, apenas os trabalhadores ligados formalmente ao processo de trabalho tinham direito de acesso às ações e serviços de saúde. Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde em 1990, a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos os cidadãos a ser assegurado pelo Estado. O SUS tem como norteadores os princípios de universalidade, equidade, integralidade e deve ser organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação social (CUNHA E CUNHA, 1998).

No cenário nacional, vários desafios à implementação do SUS podem ser apontados: a proposta de universalização da saúde como dever do Estado num contexto de orientação neoliberal; a indefinição das fontes de recursos; o pagamento por produção; dificuldades na descentralização e a crise do Estado e da Previdência Social (TEIXEIRA, 2003; LEVCOVITZ et al., 2001).

A consolidação do SUS é regida pelo princípio maior da equidade, entendida como justiça social, necessária para eliminar as desigualdades e corrigir as distorções do sistema de saúde. A concretização de tal princípio é importante para promover a cidadania, o acesso universal da população aos serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção ao usuário (WERNECK, 2003).

Em Belo Horizonte/MG, seguindo os preceitos do SUS, o modelo de assistência à saúde é regionalizado, hierarquizado em níveis crescentes de complexidade, buscando a integralidade nas ações, através do programa “BH-Vida: Saúde Integral”. Essa proposta tem a atenção básica como prioridade, devendo ser a principal porta de entrada ao sistema de saúde do município. A rede assistencial de serviços é organizada para atender as necessidades/demandas dos usuários, em um sistema de referência e contra-referência, com o objetivo de garantir a assistência integral através de “linhas de produção do cuidado” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2003).

É importante lembrar que o princípio da integralidade prevê o acesso não apenas a um nível de atenção, mas para que o atendimento resolva totalmente a demanda dos usuários é necessário que

eles tenham acesso a todos os recursos tecnológicos existentes para o reestabelecimento de sua saúde (WERNECK, 2003). Portanto, um importante desafio que se faz presente, nesse momento, é a garantia de acesso aos serviços de alta complexidade. Esse tipo de serviço, dada sua concentração de oferta, altos custos envolvidos, alta densidade tecnológica, escassez de profissionais especializados, requer a atenção dos três níveis de governo para que a promoção da equidade seja garantida (TEIXEIRA, 2003).

A maioria dos estudos sobre as políticas de saúde focaliza o seu processo de formulação e sua institucionalização, sabendo-se pouco sobre a real efetividade dessas formulações legais e constitucionais sobre a universalização do direito à saúde. Esse direito poderia ser avaliado, na prática, pelas condições de acesso e utilização dos serviços de saúde. Dessa forma, pode-se pensar na medida de acessibilidade da população aos serviços e ações do SUS, como um importante instrumento de avaliação do princípio de equidade (GIOVANELLA E FLEURY, 1996).

Nas últimas décadas, os estudos de acessibilidade a cuidados e serviços de saúde, identificando barreiras financeiras, organizacionais, ecológicas, sócio-culturais e de condutas foi, e continua sendo, o principal foco de investigação em serviços de saúde (MENDONZA-SASSI et al., 2003; ACÚRCIO e GUIMARÃES, 1996).

2.2 A insuficiência renal crônica terminal e as terapias renais substitutivas (TRS)

A insuficiência renal crônica (IRC) consiste na lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de insuficiência renal crônica terminal - IRCT), os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente que, somente, sobrevive com a utilização de métodos de filtragem artificial do sangue (diálise peritoneal ou a hemodiálise) ou com a realização do transplante renal (ROMÃO Jr., 2004). A escolha entre uma das terapias citadas deve levar em consideração diversos fatores como a idade do paciente, presença de comorbidades, possibilidade de realização do procedimento e a opção do paciente (HARRISON E FAUCI, 2002).

Romão Jr (2004), divide a doença renal crônica (DRC) em seis estágios funcionais, de acordo com o grau da função renal do paciente, expostos na Tabela 1. Segundo ele, são considerados

para efeitos de tratamento, somente os estágios de 2 a 5 da classificação da DRC, chamada de insuficiência renal, que pode ser crônica (IRC) ou aguda.

Quadro 1- Estadiamento e classificação da doença renal crônica

Estágio	Filtração glomerular (ml/min)	Grau de Insuficiência Renal
0	> 90	Grupos de risco para DRC Ausência de Lesão Renal
1	> 90	Lesão Renal com Função Renal Normal
2	60 – 89	IR leve ou funcional
3	30 – 59	IR Moderada ou Laboratorial
4	15- 29	IR Severa ou Clínica
5	< 15	IR Terminal ou Dialítica

IR= Insuficiência Renal; DRC= Doença Renal Crônica

Fonte: Romão Jr, 2004

As causas mais comuns da IRC são a hipertensão arterial, o diabetes e as glomerulonefrites. A detecção precoce da IRC e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos associados. Para grande parte dos pacientes, a perda da função renal poderia ter sido evitada ou retardada. Entretanto, muitas vezes, isso não ocorre da forma desejada e a perda irreversível da função renal pode custar ao paciente sua vida ou a plenitude de sua capacidade (BRASIL, 2004b; ROMÃO Jr., 2004).

Nos EUA, mais de 6 milhões de americanos têm reduções significativas na função renal, e aproximadamente 400.000 precisam de diálise ou transplante de rim para sobreviver. A incidência de IRC tem aumentado numa taxa de 9% ao ano e previsões indicam que, por volta do ano 2010, serão mais de 650.000 pacientes com essa morbidade nos EUA, dobrando os gastos que excederão o valor de US\$ 28 bilhões (XUE et al., 2001).

No Brasil, a insuficiência renal crônica vem apresentando aumento progressivo nas suas taxas de incidência, como resultado do aumento da prevalência de algumas doenças crônico-degenerativas como o diabetes e a hipertensão arterial. Em 2002, foram gastos em torno de R\$1,4 bilhões com esses procedimentos, representando 13% dos gastos do SUS com os procedimentos de média e alta complexidade (BRASIL, 2004b; ROMÃO JR et al., 2003).

Sesso (2006) aponta que, em janeiro de 2006, a prevalência de pacientes em diálise era de 383 por milhão da população (pmp), tendo apresentado um aumento médio do número absoluto de pacientes de 9% nos últimos 2 anos. Segundo estimativas do autor, nesse mesmo ano, o número

de pacientes em diálise estaria em torno de 70.872. Esse número adicionado ao dos pacientes com enxerto renal funcionante teria-se um contingente de 491 pmp, totalizando 90.872 pacientes em TRS no Brasil.

Além do custo social muito grande, deve-se considerar as repercussões sociais, psicológicas e de restrição de qualidade de vida do paciente submetido às TRS (BRASIL, 2004b).

No Brasil, a formulação de uma política nacional de atenção ao portador de doença renal crônica data de período bastante recente. Em 2004, além de instituir a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, por meio da Portaria N.º1168/GM, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu um novo regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise – RDC N.º 154/2004 (BRASIL, 2004c). Antes dessa regulamentação, o que existia era uma legislação fragmentada, expressa em diversas portarias emitidas ao longo dos anos, tratando a problemática da doença renal crônica de forma pontual, por meio de procedimentos ofertados pelo sistema previdenciário não constituindo uma política efetiva de regulamentação para o setor (CHERCHIGLIA et al., 2006). Constitui-se, pela primeira vez, uma política pública e institucional, de caráter universal, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde, substituindo um conjunto desarticulado de medidas técnicas e regulatórias que caracterizaram o atendimento aos doentes renais crônicos nos últimos quarenta anos.

Em seus aspectos mais importantes, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica instituída em 2004 passou a prever a integralidade no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, com a introdução das linhas de cuidado integral que incluem prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A proposta da linha de cuidado prevê que o usuário do sistema tenha um acompanhamento contínuo, como resultado da articulação dos vários níveis de atenção à saúde.

A atenção básica deverá ser organizada com o objetivo de prevenir a insuficiência renal crônica, mediante a promoção da saúde; diminuir o número de novos casos e minimizar os agravos da hipertensão arterial e do diabetes nos portadores dessas patologias e, também, na população geral. Esse nível de atenção deverá ser a porta de entrada do SUS a partir da construção de Linhas de Cuidado Integral, pautadas no princípio da integralidade e na centralização no usuário, envolvendo de forma hierarquizada, os três níveis de atenção (BRASIL, 2004b).

De acordo com a Portaria 1168/GM de 2004, a média complexidade tem como atribuições a atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida pelo processo de referência e contra-referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes e de doenças renais. Os serviços especializados em hipertensão e diabetes deverão garantir o acesso e a qualidade da atenção, funcionando em caráter complementar à atenção básica e reduzindo a demanda para a alta complexidade.

Cabe à alta complexidade garantir o acesso e a qualidade do processo de diálise, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência dos pacientes ocorrerá nos Serviços de Nefrologia e nos Centros de Referência em Nefrologia (BRASIL, 2004b).

Como pôde ser visto acima, as diretrizes de atenção ao portador de doença renal estão pautadas pelos princípios norteadores do SUS, garantindo a integralidade do cuidado através da articulação dos vários níveis de atenção, inclusive prevendo a equidade na realização do transplante renal.

2.3 O Transplante Renal

A evolução das diversas técnicas de transplantes e sua aplicação no tratamento de doenças terminais relacionadas à falência de alguns órgãos pode ser considerada uma das etapas de maior êxito da medicina. Em três décadas, os transplantes evoluíram de experimentos científicos arriscados para intervenções terapêuticas eficazes, tornando-se uma realidade rotineira no Brasil e no mundo. Os avanços no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos, a descoberta de drogas imunossupressoras mais eficazes, além de soluções de preservação mais eficientes contribuíram para esse quadro (GARCIA, 2000).

O transplante renal é o tratamento de escolha para pacientes no estágio final da IRC, que não apresentem contra-indicações para o procedimento, oferecendo melhor sobrevida, qualidade de vida, além de ser mais custo-efetivo do que a diálise (EVANS et al., 1985; EGGERS, 1988; PORT et al., 1993). Pode ser realizado nos pacientes que estão em diálise ou naqueles que não foram submetidos ao tratamento dialítico (transplante pré-emptivo). Existem dois tipos de

doadores para o transplante renal: o doador vivo, que pode ser relacionado (parente) ou não-relacionado (não-parente) e o doador cadáver (PASSARINHO et al., 2003)).

Os primeiros transplantes renais foram realizados no início do século XX de forma experimental em cães, entretanto, na maioria dos casos, os rins eram rejeitados em torno de cinco a sete dias (BITTENCOURT, 2003). Segundo Carrasco (2006), em 1936, o cirurgião ucraniano Yuriy Yurievich Voronoy realizou o primeiro transplante de humano para humano (homotransplante), o qual não foi bem sucedido. Desde essa época, várias tentativas foram empreendidas sem sucesso. Na década de 50, com a identificação do sistema HLA¹ e seus subtipos, foram possíveis um melhor detalhamento e entendimento da necessidade de encontrar órgãos compatíveis para os transplantes (FREGONESI, 2004).

Em 1954, em Boston, nos Estados Unidos, foi realizado, pelo médico Joseph E. Murray, o primeiro transplante renal entre humanos bem sucedido da história. O doador e o receptor eram gêmeos idênticos e o sucesso foi devido, em grande parte, pelo fato de ambos terem compatibilidade genética. O pioneirismo desse trabalho rendeu a Joseph E. Murray o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina em 1990. Depois disso, numerosos centros transplantadores começaram a se formar em todo o mundo. Durante esse mesmo período, foi introduzida a azatioprina, um dos primeiros imunossuppressores que permitiu o desenvolvimento do transplante renal com doador cadáver (CARRASCO, 2006; BITTENCOURT, 2003).

Em meados da década de 60, a realidade dos pacientes renais crônicos, ainda, era dramática em todo mundo, face à ineficácia dos meios terapêuticos disponíveis. Os métodos de diálise ainda eram incipientes e o transplante apenas uma esperança que começava a surgir (TÁVORA, 2006).

A partir da década de 60, com compreensão preliminar da natureza imunológica da rejeição, alavancou-se o desenvolvimento dos transplantes de rim, inicialmente, entre doador e receptor

¹ HLA (Antígenos Leucocitários Humanos) são proteínas que se localizam na superfície das células do organismo. Existem três grupos de HLA: HLA-A, HLA-B e HLA-DR. Em cada um desses grupos existem proteínas HLA específicas e diferentes (Por exemplo, existem 59 diferentes proteínas HLA-A, 118 HLA-B e 124 HLA-DR). Cada um desses HLA tem uma designação numérica como HLA-A1, HLA-A2, assim por diante. O HLA é herdado “em conjunto” de três grupos de HLA A, B e DR, conhecido como haplotipo. Herda-se um haplotipo do pai e outro da mãe, existindo, portanto quatro combinações diferentes de haplotipo dos pais. Quando duas pessoas compartilham os mesmos HLA, diz-se que elas são compatíveis, isto é, seus tecidos são imunologicamente compatíveis (Fonte: material traduzido e adaptado pela Central de Transplantes de São Paulo, a partir da *University of Michigan Medical Center*).

aparentados e, posteriormente, entre os não aparentados. Nessa época, outros progressos, tais como, a descrição da prova cruzada (*cross-match*)² pré-transplante para a detecção de anticorpos citotóxicos pré-formados e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, fundamentaram as bases para a prática moderna dos transplantes renais (MANFRO et al., 2003).

2.3.1 Transplante Renal no Brasil

Poucos anos após a realização dos primeiros transplantes renais no mundo, o Brasil realizou seu primeiro transplante renal em 21 de janeiro de 1965, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). O paciente recebeu o rim do irmão e viveu mais de oito anos após a cirurgia. Somente quatro anos mais tarde, verificou-se que o paciente havia recebido rim de doador idêntico, quando se introduziu a tipagem HLA em 1969 (IANHEZ, 1994).

Entre os períodos de 1965 a 1967, realizaram-se os 15 primeiros transplantes renais com doador vivo parente no país, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. A análise desses casos mostrou uma sobrevida dos pacientes de 64% após o primeiro ano da cirurgia (IANHEZ, 1994).

Nessa época, o único teste imunológico realizado era o de compatibilidade sanguínea ABO, pois somente, a partir de 1968, que foram realizados os primeiros testes de prova cruzada, pré-transplante e a tipagem HLA nos locos A e B. Além das dificuldades de ordem imunológica nos primeiros transplantes realizados, as dificuldades dialíticas da época e a ausência de meios para tratamento dos doentes graves prejudicavam o manuseio do paciente renal crônico (IANHEZ, 1994).

² Após a determinação da tipagem HLA, há um segundo teste que indicará se existe uma reatividade específica entre o receptor e seu doador é a prova cruzada ou "cross match", que determinará se o receptor possui anticorpos contra o potencial doador. Anticorpo é uma proteína presente no soro que pode lesar as células do doador atacando o HLA. Para se fazer a prova cruzada, mistura-se uma pequena quantidade de soro do receptor com uma pequena quantidade de glóbulos brancos do provável doador. Se o paciente tiver anticorpos contra o HLA do doador, as células deste serão lesadas, considerando o *cross match* positivo. Isso representa uma forte contra indicação para o transplante, pois a chance de rejeição é de quase 100% (Fonte: material traduzido e adaptado pela Central de Transplantes de São Paulo, a partir da *University of Michigan Medical Center*).

Em 1967, foi realizado o primeiro transplante com doador cadáver na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e o primeiro transplante em um hospital privado (Hospital Sírio-Libanês de São Paulo). Essa mesma equipe realizou, em 1971, o primeiro transplante com doador não consanguíneo no Brasil (doação de esposa para esposo) (IANHEZ, 1994).

Até 1968, somente o estado de São Paulo tinha transplantado e, em 1969, o estado de Minas Gerais foi o segundo Estado a realizar transplante renal na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (IANHEZ, 1994).

Após esses trabalhos pioneiros, vários grupos se constituíram, gradualmente, em diversas regiões do país e na década de 70 ocorreu um aumento expressivo dos grupos atuantes e do número de pacientes transplantados, repetindo o fenômeno observado em todo o mundo. Esse aumento foi resultado da melhora dos resultados na sobrevida dos pacientes e dos enxertos, conseqüências dos avanços no campo da medicina (NEUMANN e KALIL, 1989). Apesar desse aumento, Ianhez (1994) ressalta que o número de transplantes, nessa época, ainda era pequeno para a demanda e a maioria dos pacientes portadores de IRCT falecia antes do início da diálise, ou durante, e poucos tinham possibilidade de se submeterem ao transplante. Segundo ele, não havia preocupação dos órgãos governamentais competentes para programação de ações adequadas para os pacientes.

Os primeiros dados sobre a situação dos transplantes renais, no Brasil, foram publicados no ano de 1978 pela Comissão de Diálise e Transplante da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), que foi fundada em 02 de agosto de 1960, alguns meses antes da fundação da Sociedade Internacional. Até o fim de 1976, haviam sido realizados, no Brasil, aproximadamente 729 transplantes, sendo a maioria com doador vivo parente. Em São Paulo foi realizado o maior número das cirurgias, seguido pelo Paraná, sendo esses dois estados os únicos que haviam realizado transplante renal com doador cadáver (IANHEZ, 1994).

Nessa ocasião, já se percebia que o maior problema dos transplantes renais no Brasil era de natureza econômica. Havia, por parte do INAMPS, remuneração muito mais expressiva para diálise crônica do que para o transplante renal, permitindo que na década de 70 esse tratamento crescesse mais do que o transplante (IANHEZ, 1994; COELHO, 1998).

A captação de órgãos no País começou de modo pouco estruturado. Apenas na década de 1980, nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, surgiram as primeiras organizações para notificação e alocação de órgãos. Até então a procura por doadores era realizada pelos próprios centros transplantadores nas unidades de tratamento de pacientes graves (BRASIL, 2004a).

Em 1982, a Comissão de Diálise e Transplantes da SBN apresentou dados de transplantes renais realizados até dezembro de 1981. Nessa ocasião, existiam 53 centros de transplante renal no Brasil, sendo 48 deles localizados nas regiões Sul e Sudeste, representando uma concentração de 90,6% nessas duas regiões, sendo 19 centros no Estado de São Paulo. Até esse ano, o número de transplantes renais chegava a 2.100, com 75,9% de doadores vivos parentes. O menor número de doadores cadáveres e aumento de doadores vivos não parentes podia ser resultado da maior facilidade na execução dos transplantes com doador vivo e à falta de estímulo ao uso do doador cadáver que, somente, era realizado em grandes centros universitários (IANHEZ, 1994).

Em 1986, foi fundada em São Paulo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), visando estimular o desenvolvimento das atividades relacionadas aos transplantes de órgãos no Brasil (NEUMANN e KALIL, 1989). Em seu primeiro ano de fundação, cria seu conceito de morte encefálica muito semelhante ao proposto pela Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da USP (IANHEZ, 1994).

Até o ano de 1987, segundo a ABTO, haviam sido realizados, em 65 centros de transplante (80% do total) 5.808 transplantes, sendo 72,9% com doador vivo parente, 17,8% com doador cadáver e 9,3% com doador vivo não relacionado. Estes dados mostraram que o número total de transplantes apresentou um crescimento constante ao longo da década de 80, principalmente, os transplantes realizados com doador vivo relacionado (IANHEZ, 1994).

Em 1987, foi criado o SIRC-TRANS (Sistema Integrado para o Tratamento do Renal Crônico de Transplante Renal), com o objetivo de incentivar o transplante de rim no Brasil, enfatizando os transplantes com doador cadáver. A criação desse sistema representa a primeira tentativa de definir uma política federal global para atender os doentes renais crônicos e incluir o Brasil no cenário dos países transplantadores. Tanto o SIRC-TRANS quanto o SIPAC-RIM, que o substituiu a partir de 1990, indicaram o transplante como a melhor opção de tratamento da

insuficiência renal crônica e definiram o sistema integrado de tratamento como o objetivo da política federal para o setor. Entretanto, essa iniciativa não foi suficiente para garantir a organização de um sistema integrado e em 1991 o SIPAC-RIM se dissolveu. A criação desses dois organismos deve ser entendida como parte das transformações do sistema de saúde brasileiro ao longo dos anos 80, no sentido de sua descentralização, resultando, em 1987, no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e na criação, em 1988, do SUS (COELHO, 1998).

No ano de 1988, foram cadastrados pelo SIRC-TRANS 38 centros transplantadores. A partir de relatórios desses centros, foram obtidos os primeiros dados de sobrevida dos transplantes realizados no Brasil, sendo 83% no primeiro ano para aqueles que receberam órgão de doador vivo e 59% para os que receberam o órgão de doador cadáver (IANHEZ, 1994).

Na segunda metade da década de 80, dois medicamentos imunossupressores começaram a ser usados no Brasil, embora estivessem disponíveis nos países desenvolvidos há alguns anos antes. A ciclosporina utilizada com imunossupressor de manutenção e o anticorpo monoclonal (OKT), empregado como terapêutica para crises de rejeição ou profilático em casos de transplante de doador cadáver ou naqueles de alto risco imunológico. Esses medicamentos trouxeram aumento significativo da sobrevida do enxerto renal (COELHO, 1998).

Em países como os Estados Unidos, a Alemanha e a Espanha, o crescimento experimentado da atividade transplantadora esteve associado à criação e ao desenvolvimento de organizações locais, nacionais e transnacionais de resgate e distribuição de órgãos. No Brasil, embora alguns estados como Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo tenham buscado organizar sistemas estaduais de transplantes baseados em um alto grau de integração interinstitucional, pode-se dizer que poucas foram as experiências bem-sucedidas. Consequentemente, até fim da década de 90, o que se observava era a atuação independente dos centros de diálise e a organização paralela de cada equipe de transplante para o resgate e a alocação de órgãos (COELHO, 1996).

A partir de dados da SBN, SIPAC-RIM, ABTO e da Sociedade Latino Americana de Transplantes, Garcia (2000) mostra o panorama de transplantes no Brasil desde o ano de 1965 até a década de 90, verificando um aumento progressivo na taxa de utilização do doador cadáver, passando de 25% no final dos anos 80 para 50% no final dos anos 90. Entretanto, a taxa de

transplantes renais ficou estabilizada em torno de 10 pmp/ano a 12 pmp/ano, sendo efetivadas somente 3,0 a 3,5 doadores cadáveres pmp/ano até a década de 90.

Em 1993, foi criada a Coordenação de Procedimento de Alta Complexidade do Ministério da Saúde que definiu o transplante de órgãos como um procedimento de alta complexidade. Nesse mesmo ano, a SBN voltou a pressionar o Ministério da Saúde no sentido de retomar o projeto de um sistema integrado de tratamento do doente renal crônico. Dessa negociação resultou a Portaria 38, que, a partir de março de 1994, passou a normatizar o sistema de atenção ao doente renal. Apesar de essas iniciativas manterem alguns dos objetivos do SIPAC-RIM, como a produção de informação, o controle de qualidade e a integração entre os serviços de diálise e transplante, elas alcançaram pouco sucesso (COELHO, 1998).

Em 1998, a taxa de doação do Brasil era igual a 2,8 doadores por milhão de habitantes por ano, e em 2001, foi de 4,4 pmp. O aumento foi significativo, mas a taxa estava bem inferior a de alguns países como Espanha e EUA, que, em 1998, apresentavam valores iguais a 31,5 pmp e 21,2 pmp, respectivamente (BRASIL, 2004a).

Segundo dados da ABTO (2006), no ano 2000, foram realizados no país 2.902 transplantes, dos quais 58% eram de doadores vivos e a taxa de transplante renal foi de 17,1 pmp/ano.

No ano de 2005, dos 3.362 transplantes renais realizados, 51,7% foram de doadores vivos e 48,3% doadores cadáveres e a taxa de transplantes foi de 19,8 pmp/ano. O número de transplantes renais com doador vivo de rim aumentou 10% em relação a 2004 (passou de 1.604 para 1.768), aproximando-se dos transplantes realizados entre 2001 e 2003 (em torno de 1.800). A taxa de 20 transplantes renais por milhão da população (pmp) representou um terço do necessário de 60 pmp para estabilizar a lista de espera no país, naquele ano. Observou-se, ainda, em cinco anos, um aumento de 15,8 % na taxa de transplante renal no Brasil. Nesse período, apenas no ano de 2004, a porcentagem de transplantes renais realizados a partir de doador cadáver (51,9%) foi maior que a de vivos (48,1%) (ABTO, 2006; ABTO, 2004).

Em 2006, haviam 63.975 pacientes na lista de espera por órgãos no Brasil, proporcionalmente, é a maior lista de espera do mundo: uma pessoa para cada 3.600 habitantes. Desses, 31.531 (49,3%) esperaram por um transplante de rim (SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES -

SNT, 2006). Segundo estimativa da ABTO, em 2006, foram realizados 3.238 transplantes renais (55% por doadores vivos e 45 % por doadores cadáveres), ou seja, apenas 10,3% da demanda por um transplante de rim, provocando aumento crescente da fila de espera. Observa-se que no atual contexto, a oferta de órgãos de doadores cadáveres é insuficiente para suprir à demanda de milhares de pacientes que aguardam na fila de espera por um transplante de órgão, especificamente, de rim. No ano de 2006, estava previsto um aumento de 6,4 % de doadores vivos para transplante renal no país pela ABTO (2006).

De acordo, ainda, com essa mesma Associação, no ano de 2006, dentre as causas de não efetivação da doação de órgãos, no Brasil, analisadas sobre o número de potenciais doadores, 38,4% foi devido à contra-indicação médica; 29,3% à não autorização familiar; 2,1 à não confirmação da morte encefálica e 1,3% devido a infra-estrutura inadequada.

Na tabela 1, são apresentados os números de transplantes renais realizados no período de 1976 a 2006, citados nesse texto e disponíveis a partir dos levantamentos realizados pela Comissão de Diálise e Transplante da SBN, pela ABTO e autores consultados.

Tabela 1. Transplantes renais realizados no Brasil, por tipo de doador, 1976-2006

Período	Doador Vivo	Doador Cadáver	Total no período
1976	478	184	662
1977	184	33	217
1978	172	38	210
1979	211	21	232
1980	286	36	322
1981	311	39	350
1982	353	45	398
1983	408	61	469
1984	495	76	571
1985	628	136	764
1986	587	208	795
1987	661	157	818
1988	724	196	920
1989	759	312	1.071
1990	567	366	933
1991	790	561	1.351
1992	818	683	1.501
1993	988	734	1.722
1994*			
1995	873	938	1.811
1996	897	863	1.760
1997	955	790	1.745
1998	1097	884	1.981
1999	1394	1001	2.395
2000	1684	1228	2.912
2001	1853	1263	3.116
2002	1849	1192	3.041
2003	1809	1356	3.165
2004	1681	1780	3.461
2005	1738	1624	3.362
2006	1781	1457	3.238

Fonte: Elaboração própria a partir de ABTO (2006); Garcia (2000) Neumann e Kalil (1989) e Coelho (1996)

* Segundo Garcia (2000), em 1994, não foi realizado registro pelas sociedades científicas

No estado de Minas Gerais, entre os anos de 1992 e 2006, foram realizados 14.033 transplantes, dos quais 4.094 (29,2%) eram transplantes de rim, sendo que 2.417 (59,0%) tiveram doadores vivos e 1.677 (41,0%) doadores cadáveres. No período analisado, observou-se um aumento de 35% no número de transplantes renais realizados em Minas Gerais. (MG TRANSPLANTES, 2006).

Em todo o período, o ano de 2001 foi o mais profícuo na realização de transplantes renais em Minas Gerais. Entretanto, observou-se uma queda de 18% no número de transplantes renais entre os anos de 2004 e 2006. No ano de 2005, foram realizados 308 transplantes renais em Minas Gerais, sendo 155 (50,3%) com doadores vivos e 153 (49,7%) com doadores cadáveres. No mês de dezembro de 2005, haviam 4.018 pacientes na lista de espera, portanto, a porcentagem de saída para transplante de rim foi de 7,7% (MG TRANSPLANTES, 2006). No Gráfico 1, pode ser observado os números de transplantes renais realizados em Minas Gerais, no período de 1992 a 2006.

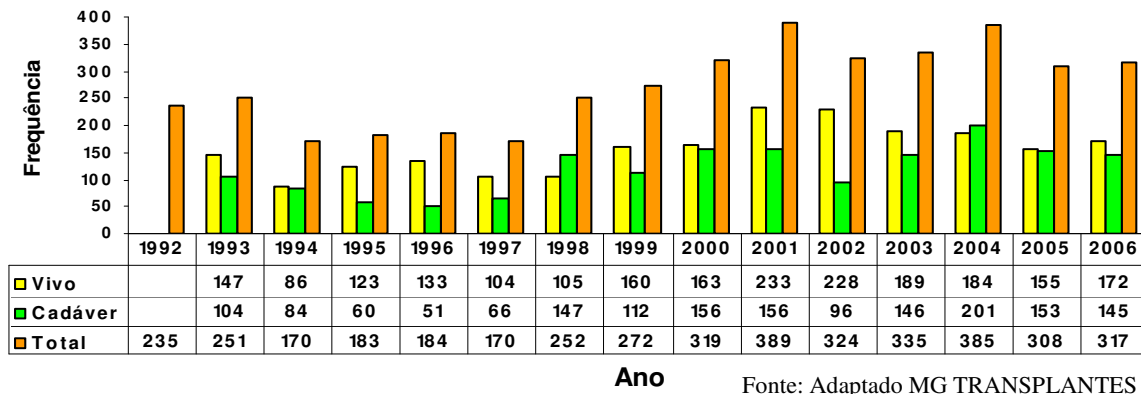


Gráfico 1- Número de transplantes renais realizados em Minas Gerais, por tipo de doador, 1992 a 2006

Em Belo Horizonte/MG, estão cadastrados 7 centros de transplantes, 9 equipes transplantadoras e 12 unidades de diálise. Somente na área Metropolitana de Belo Horizonte, haviam 2.302 pacientes aguardando transplante de rim em dezembro do ano de 2005 (MG TRANSPLANTES, 2005).

2.3.2 Legislação sobre Transplantes no Brasil

É relativamente recente a existência de leis sobre transplantes no Brasil. Do período inicial da realização de transplantes de órgãos até os dias atuais, a atividade transplantadora teve uma

evolução considerável em termos de técnicas, resultados, variedade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados (BRASIL, 2006).

A Lei N.º 4.280 de 06 de novembro de 1963, já enfocava a questão da extirpação de órgãos ou tecidos de pessoa falecida destinados a transplante. Ela previa a vontade expressa em vida pelo doador e o consentimento presumido, não fazia referência quanto aos critérios para comprovação da morte do doador, à gratuidade da doação, à doação entre vivos e punição às infrações. A doação do órgão era feita para pessoa determinada ou para instituição aprovada e reconhecida pelo nível estadual. As despesas eram custeadas pelo Ministério da Saúde quando o receptor comprovava o estado de pobreza. Nessa época extirpavam-se somente córneas, artérias e ossos. (GARCIA, 2000).

Posteriormente, foi editada a Lei N.º 5.479, de 10 de agosto de 1968, que dispunha “sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica”. Em oposição à anterior, essa norma explicitou a gratuidade da doação e permitiu a doação entre vivos, para fins humanitários e terapêuticos. Entretanto, em relação à doação entre vivos, não foi abordada a questão da gratuidade ou qualquer exigência quanto a parentesco ou autorização judicial, exigindo, apenas, a autorização do doador do órgão e permitia a retirada de órgãos duplos ou tecidos. Exigia-se apenas a “prova incontestável da morte”, não mencionando critérios específicos para a comprovação da morte. Observa-se que essa lei não mencionou o consentimento presumido que, curiosamente, havia sido mencionado em 1963. Quanto às instituições responsáveis pela retirada e pela realização do transplante, exigia-se a idoneidade e registro pelos “órgãos públicos competentes”. A Lei impedia a retirada de órgãos se houvesse suspeita de crime e previa punições às infrações com pena de detenção de um a três anos, entretanto deixava uma lacuna quanto à proibição do comércio de órgãos (BRASIL, 2004a).

Mesmo com a existência da Lei N.º 5.479, não havia, nesse período inicial, uma legislação apropriada que regulamentasse a realização de transplantes. Existiam regulamentações regionais, desenvolvidas informalmente quanto à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos captados (BRASIL, 2006).

A Lei N.º 5.479 de 1968 somente foi revogada, no ano de 1992, pela Lei N.º 8.489 e Decreto Presidencial N.º 879 de 22.07.1993 que a regulamenta. Essa nova lei manteve a maioria dos itens

da lei anterior e incluiu a proibição do comércio de órgãos. Além disso, adotou o conceito de morte encefálica definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) permitiu os maiores de 18 anos doarem órgãos e partes do corpo humano, instituiu a obrigatoriedade da notificação de morte encefálica e incubiu o Ministério da Saúde da organização das Centrais de Notificação das Secretarias Estaduais de Saúde. Segundo Garcia (2000), com a publicação dessa Lei, não havia obstáculo legal impedindo a realização de transplantes no país, embora o Ministério da Saúde, até aquele momento não tivesse normatizado a organização das Centrais de Notificação.

Em consonância com o Art. 198 da Constituição Federal de 1988 e baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da Lei N.º 8.080, de 19/09/1990, de criação do Sistema Único de Saúde, os procedimentos relacionados aos transplantes passaram a ser financiados por recursos públicos. Conseqüentemente, surgiu a necessidade de uma maior regulamentação da atividade e de definição de critérios claros, tecnicamente adequados e socialmente justos para distribuição dos órgãos (BRASIL, 2006). Ademais, em seu artigo 199, parágrafo 4º, ficou expressa a proibição do comércio de órgãos e tecidos (GARCIA, 2000). A norma que regulamentou esse dispositivo constitucional foi a Lei N.º 8.489, de 18 de novembro de 1992, revogada pela Lei N.º 9.434 de 1997.

Em 1997, foi promulgada a Lei N.º 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, chamada “Lei dos Transplantes”, com o objetivo de dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. A edição dessa Lei iniciou um período de maior regulamentação dos transplantes no País, que envolveu a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT); a implantação das listas únicas de receptores; a institucionalização das centrais estaduais de transplantes, que passaram a se denominar Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO); o credenciamento dos serviços e das equipes especializadas e o estabelecimento de critérios para o financiamento da atividade (BRASIL, 2006).

A morte encefálica deveria ser constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, com a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos em Resolução CFM, conforme a Lei N.º 9.434. Os critérios para o diagnóstico de morte encefálica foram definidos, logo em seguida, pelo CFM por meio da Resolução N.º 1.480, de 08 de agosto de 1997 (BRASIL, 2006).

A Lei N.º 9.434 previa, ainda, a Doação Presumida, estabelecendo que salvo manifestação de vontade em contrário, era presumida a autorização para a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para a realização de transplantes. Dessa forma, a opção de “Não-doador de órgãos e tecidos” deveria ser gravada na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação de quem optasse por essa condição. Foi instituída, assim, uma nova prática que não considerava a vontade dos familiares dos possíveis doadores (BRASIL, 2006).

De acordo com Garcia (2000), essa forma de consentimento teve uma grande repercussão na imprensa, causando controvérsias na população e sendo criticada pela maioria dos representantes de entidades médicas. Entretanto, como a sociedade não respaldou a mudança, a legislação acabou sendo gradualmente alterada por meio de medidas provisórias. Posteriormente essas modificações foram incorporadas na Lei N.º10.211, de 23 de março de 2001. Essa lei instituiu mudanças que envolveram o estabelecimento da obrigatoriedade de autorização familiar para a retirada dos órgãos e de autorização judicial para doações entre vivos, em que o receptor e doador não sejam parentes próximos ou cônjuges, exceto para os casos de doação de medula óssea (BRASIL, 2004a).

A política nacional de transplantes de órgãos e tecidos está, atualmente, fundamentada pela Lei N.º 9.434 de 1997, que foi alterada, em alguns dispositivos, pela Lei 10.211 de 2001. A política de transplante no Brasil tem como “diretrizes a gratuidade da doação, a beneficiência em relação aos receptores e não maleficiência em relação aos doadores vivos”. Essa política está de acordo com as leis que regem o SUS (Lei N.º8.080/90 e N.º8.142/90), baseada nos princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade e em consonância com o Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (SNT, 2006).

2.3.3 Estruturação do Sistema Nacional de Transplantes

No ano de 1998, o Gabinete Ministerial (GM) do Ministério da Saúde publicou a Portaria N.º 3.407, dispondo sobre o Regulamento Técnico das atividades de transplante e criando no âmbito da então Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes (CSNT). Essa Coordenação passou a se responsabilizar por todas atividades inerentes ao órgão central do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), como: expedição de

normas e regulamentos; gerenciamento da lista única nacional; autorização de estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a realizar retiradas, transplantes ou enxertos; além do credenciamento das centrais estaduais (BRASIL, 2006).

Também foi instituído por essa Portaria, o Grupo Técnico de Assessoramento (GTA), como o objetivo de assistir ao órgão central do SNT. Esse grupo foi composto pelo Coordenador do SNT, por representantes das Centrais Estaduais de Transplante, de associações nacionais de carentes de transplante, do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Ministério Público e da Associação Médica Brasileira (BRASIL, 2006).

A partir da aprovação do Regulamento Técnico de Transplantes, o Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, implantou, nos estados, as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Essas são unidades executivas das atividades do SNT, responsáveis por diversas atividades previstas no decreto N.º 2268. Atualmente, são 24 centrais estaduais e 8 centrais regionais, localizadas nos estados do Paraná e Minas Gerais. O Estado de São Paulo optou por delegar as tarefas relativas à captação de órgãos a 10 hospitais públicos universitários, denominados de OPO's (Organização de Procura de Órgãos) (BRASIL, 2006).

As CNCDO são as seguintes: **Norte** (Amazonas, Pará); **Nordeste** (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe); **Sudeste** (Espírito Santo, Minas Gerais [Central Estadual; Regional Metropolitana-BH, Regional Zona da Mata; Regional Sul, Regional Oeste Central de Uberlândia, Regional Norte/Nordeste, Regional Leste]), Rio de Janeiro, São Paulo [Central Estadual; OPO's HC, Santa Casa de São Paulo, Dante Pazzanese, EPM, Campinas, São José do Rio Preto, Botucatu, Sorocaba, Ribeirão Preto, Marília]; **Sul** (Paraná [Central Estadual; Regional Londrina e Regional Maringá]), Rio Grande do Sul, Santa Catarina; **Centro-Oeste** (Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul).

Reconhecendo a importância de envolver mais efetivamente os hospitais integrantes do SUS no esforço para a captação de órgãos, a Portaria GM N.º 905, de 16 de agosto de 2000, estabeleceu a obrigatoriedade da existência e de funcionamento efetivo de Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes nos hospitais com Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) dos tipos II ou III, e nos hospitais de referência para urgência e emergência dos tipos I, II e III. Essas comissões, além de

organizarem o processo de captação de órgãos nos hospitais em que atuam, também são responsáveis, entre outras, pelas seguintes atividades: articular-se com as equipes médicas do hospital, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica; coordenar o processo de abordagem dos familiares dos potenciais doadores identificados (BRASIL, 2006). Em 2005, foi instituída a Portaria 1.752, de 23 de Setembro de 2005, determinando a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos (BRASIL, 2005).

Adicionalmente, para viabilizar a distribuição de órgãos entre as Centrais Estaduais, que têm sua atuação restrita à sua área de abrangência, a Portaria GM Nº 901, de 16 de agosto de 2000, instituiu a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), que funciona ininterruptamente e está sediada no Aeroporto de Brasília (BRASIL, 2006).

Além das medidas adotadas com o objetivo de organizar o SNT e de criar os organismos necessários à sua implementação, a partir de 1998, foram adotadas pelo Ministério da Saúde uma série de iniciativas direcionadas à adequação da remuneração das atividades relacionadas aos transplantes. Houve a inclusão de novos procedimentos nas tabelas do SUS e revisão dos valores fixados para a remuneração dos procedimentos existentes, o que acabaram tornando a realização de transplantes mais atrativa. Além disso, em 1999, foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), que passou a financiar todos os procedimentos de transplante, deixando de onerar os tetos financeiros dos estados e municípios, o que incentivou ainda mais a atividade (BRASIL, 2006).

A Portaria N.º 92 de 23 de Janeiro de 2001 e a Portaria N.º 1.117 de 1º de Agosto de 2001 visavam assegurar a remuneração de todo o processo de realização do transplante, desde as atividades de busca ativa de doador até o acompanhamento pós-transplante. Os recursos para custeio dos procedimentos de captação dos órgãos e de transplantes são efetuados com base na sistemática adotada para as demais atividades desenvolvidas pelo SUS. São utilizadas, conforme a situação, as Autorizações para Internação Hospitalar (AIH), as Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), ou o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) (BRASIL, 2006).

Desde os anos 80, o estado de Minas Gerais contava com uma comissão para captação e distribuição de órgãos: o MG Transplantes. Ele foi criado através da Resolução N.º 131 de 16 julho de 1989 da Secretaria Estadual da Saúde (SES), e sua coordenadoria era subordinada à Superintendência Operacional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Em 1991, foi criada uma equipe para implementação da Coordenadoria do MG Transplantes da Superintendência Operacional de Saúde da SES. A partir de então, se iniciou a fase operacional do MG Transplantes, com a instituição de uma equipe de “busca ativa” que se constituiu numa OPO (Organização de Procura de Órgãos) além da estrutura administrativa e sistema de informação próprios. Nesse período, foram criados os Núcleos de Rins, de Córneas, de Fígado, de Coração, de Medula Óssea e de Imunogenética para assessoramento técnico nas respectivas áreas de transplantes. A Portaria N.º 040 de 10 de fevereiro de 1999, do Ministério da Saúde, credenciou o MG Transplantes como a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de Minas Gerais. Desta forma, o MG Transplantes, subordinado à Secretaria de Estado de Saúde, passou a integrar o SNT (Sistema Nacional de Transplantes).

Em Minas Gerais, a criação das CNCDO Regionais (Resolução N.º de 02 de abril de 2001) se tornou necessária devido à grande extensão territorial, contingente populacional e diversidades sócio econômicas e geográficas e, conseqüentemente, longas distâncias entre as regiões do Estado. Atualmente, o MG Transplantes está vinculado à Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), constituído por uma Central Estadual e 6 Centrais Regionais de Notificação e Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) - a Metropolitana-BH, Oeste Central de Uberlândia, Zona da Mata, Sul, Norte / Nordeste e Leste. Essas centrais coordenam o processo de transplantes, inscrevendo os receptores potenciais, a localização e verificação da compatibilidade do órgão.

Segundo o Regimento Interno do MG Transplantes (2002), a Coordenadoria Estadual de Transplantes de Minas Gerais possui, na sua estrutura organizacional, um Coordenador, Núcleos de Apoio Administrativo, de Coração/Pulmão, Córnea, Aparelho Digestivo, Medula Óssea, Rim e Imunogenética e as 6 CNCDO Regionais. Cada CNCDO Regional poderá ter, além do Coordenador Administrativo, um Coordenador Médico, e deverá desempenhar suas funções durante 24 horas do dia, mantendo, no período noturno, fins de semana e feriados, equipe mínima para receber notificações de morte encefálica ou comunicação sobre potenciais doadores, nas

suas respectivas áreas geográficas. A Rotina Operacional N.º 2 prevê um Serviço de Informática, Secretária Plantonista, Serviço Social Plantonista, Auxiliar de Enfermagem Plantonista e Médico Plantonista.

Em 2003, foram criadas as Câmaras Técnicas de Transplantes de Fígado, de Rins e Rins/Pâncreas e de Córneas, através das Resoluções da SES N.ºs 1030, 1087 e 1228 de 2003.

Atualmente, na estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais a Coordenadoria Geral do MG Transplantes está na Superintendência de Atenção à Saúde, na Gerência de Redes Assistenciais, que dentre outras funções deve coordenar o Sistema Estadual de Transplante de Órgãos, em articulação com a instituição central do Sistema Nacional de Transplantes.

Em Belo Horizonte, a Comissão Municipal de Nefrologia e Transplante (CMNT) do Centro Municipal de Alta Complexidade da Secretaria Municipal de Belo Horizonte/MG, desempenha o papel regulatório das terapias de substituição renal (TRS). A Comissão tem, entre outras, a função de avaliar e autorizar as indicações para terapias dialíticas. É responsável, também, por vistorias nas clínicas de hemodiálise, controle do processo dialítico, autorização dos exames pré-transplante e exames de alto custo relacionados à nefrologia.

2.3.4 Processo regulatório de entrada na lista de espera e priorização para transplante

O serviço de diálise, de acordo com a Resolução – RDC N.º 154 de 2004, no prazo de 90 dias, após o início do tratamento dialítico, tem a obrigatoriedade de apresentar ao paciente a opção de inscrição na CNCDO local, que deverá formalizar ou não sua decisão. O paciente deverá ser encaminhado formalmente pelo serviço de diálise à sua CNCDO para a realização dos procedimentos de inscrição na lista de espera para transplante (BRASIL, 2004b).

O indivíduo, somente, pode ser inscrito na lista de espera para um transplante renal se for indicado pelo médico. Para a realização do transplante, são definidos critérios que incluem avaliações médica, cirúrgica e psicossocial do paciente, com a realização de exames e a verificação da compatibilidade com o possível doador em relação aos Antígenos Leucocitários

Humanos (HLA). Apesar de todos os benefícios do transplante renal, deve-se considerar que existem contra-indicações absolutas e relativas à realização dos transplantes renais (CUNHA et al., 2007).

A SBN e o Conselho Federal de Medicina (2006) aponta como critérios absolutos que não permitem a indicação do paciente como candidatos potenciais para o transplante renal: neoplasias malignas, doença pulmonar crônica, vasculopatia periférica grave e cirrose hepática. Entre os critérios relativos de contra-indicação para transplante renal são consideradas as seguintes situações: sorologia positiva para HIV, oxalose primária, idade maior que 60 anos com cateterismo e/ou mapeamento cardíaco alterados, diabetes mellitus com cateterismo e/ou mapeamento cardíaco alterados ou Doppler de artérias ilíacas demonstrando arteriopatia moderada; doença neuropsiquiátrica, anomalias urológicas e/ou disfunção vesical grave. Deverão ser submetidos a estudo clínico e cirúrgico os pacientes: crianças com peso inferior a 8 kg, pacientes com obesidade mórbida, ausência de suporte familiar ou pessoal para aderência ao tratamento devido às condições sociais, de vida e de moradia. O CFM enfatiza, ainda, o fato da idade do paciente não ser mais uma contra-indicação para o transplante como ocorria até alguns anos atrás.

A inscrição de pacientes é regulamentada pelo Sistema de Lista Única, de acordo com a Portaria N.º 3.407 de 05 de agosto de 1998, que estabelece critérios específicos para a distribuição de órgãos. Para a distribuição de rins, devem-se observar os critérios mínimos: **a) critérios excludentes:** amostra do soro do receptor fora do prazo de validade e incompatibilidade sanguínea entre o doador e receptor em relação ao sistema ABO; **b) critérios de classificação:** compatibilidade em relação aos Antígenos Leucocitários Humanos, "HLA", idade do receptor, tempo decorrido da inscrição na lista única, indicação de transplante combinado de rim e pâncreas. Esta lista única é definida pela Central de Transplantes da Secretaria de Saúde de cada Estado e controlada pelo Ministério Público (ABTO, 2005).

Atualmente, no Brasil, existe legislação específica para a regulamentação da disponibilização de órgãos para transplantes, qualquer que seja o tipo de doador, já comentada anteriormente e, também, as recomendações do CFM (2006). Os transplantes com doadores vivos podem ser feitos com indivíduos consanguíneos, familiares até o 4º grau (primos), embora mais comumente os doadores sejam parentes próximos (pais, irmãos ou filho). Candidatos à doação não familiares,

exceto cônjuges, só podem realizar a doação mediante autorização judicial. Os transplantes com doadores vivos são realizados em caráter eletivo com o doador Disponível ou preferencialmente com o de melhor compatibilidade HLA (MANFRO et al., 2003).

O processo de obtenção de órgãos para transplante é considerado complexo, por envolver várias etapas desde a detecção do potencial doador até a realização do transplante. Inicia-se com os médicos intensivistas ou assistentes que identificam os potenciais doadores, fazem a declaração de morte encefálica, notificam a família e fazem a comunicação à coordenação de transplante. Continua com a entrevista com a família, em que se solicita o consentimento para a remoção dos órgãos e tecidos, e com a avaliação das condições clínicas do potencial doador e da viabilidade dos órgãos a serem extraídos, terminando, após a remoção e distribuição dos órgãos e tecidos, com a análise dos resultados. Esse processo, na realidade, tem início e término com a sociedade, que fornece os órgãos e deles se beneficia (GARCIA, 2000).

De acordo com o SNT (2006), as Centrais de Transplantes no processo de doação-transplante atuam de acordo com o seguinte processo:

1. O receptor preenche uma ficha e faz exames para determinar suas características sanguíneas, da estatura física e antigênica;
2. Os dados são organizados em um programa de computador. A ordem cronológica é usada principalmente como critério de desempate;
3. Quando aparece um órgão, ele é submetido a exames e os resultados são enviados para o computador;
4. O programa faz o cruzamento entre os dados de doador e receptor e apresenta dez opções mais compatíveis com o órgão;
5. Os dez pacientes não são identificados pelo nome para evitar favorecimento. Só suas iniciais e números são mostrados. Nessa etapa, todos os profissionais da Central têm acesso ao cadastro;
6. O laboratório refaz vários exames e realiza outros novos com material armazenado desse receptor. Nesse momento, o receptor ainda não é comunicado;

7. A nova bateria de exames aponta o receptor mais compatível. Nessa etapa, o acesso ao cadastro fica restrito à chefia da Central;
8. O médico do receptor é contactado para responder sobre o estado de saúde de seu paciente. Se ele estiver em boas condições, é o candidato a receber o novo órgão. Se não, o processo recomeça;
9. O receptor é contactado e decide se deseja o transplante e em que hospital fará a cirurgia.

2.3.5 O acesso ao transplante renal

Travassos e Martins (2004) fizeram uma extensa revisão dos conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, distinguindo-os e articulando-os entre si. O uso dos serviços compreende todo contato direto ou indireto com os serviços de saúde, sendo determinado por diversos fatores: (i) necessidade de saúde; (ii) características dos usuários (demográficas, geográficas, sócio econômicas, culturais e psíquicas); (iii) características dos prestadores de serviços; (iv) organização da oferta e (v) política de saúde vigente.

Em relação a acesso, as autoras enfatizam sua complexidade, geralmente, sendo empregado de forma imprecisa, alterando-se ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Observa-se uma ampla variedade de enfoques: nas características dos indivíduos, nas características da oferta ou na relação entre indivíduos e serviços. Outros conceituam acessibilidade e acesso como sinônimos, outros afirmam que a acessibilidade seria a dimensão geográfica de acesso.

Nas últimas décadas, o estudo da acessibilidade a cuidados e serviços de saúde, identificando barreiras financeiras, organizacionais, ecológicas, sócio-culturais e de condutas foi, e continua sendo, o principal foco de investigação em serviços de saúde (MENDONZA-SASSI et al., 2003; ACÚRCIO e GUIMARÃES, 1996).

Vários estudos nacionais indicam desigualdades no acesso a serviços de saúde associadas a fatores sócio econômicos e geográficos. Entre os fatores relacionados a uma maior utilização ou acesso aos serviços estão: maior renda, cobertura por plano privado de saúde, maior nível de

escolaridade, local de residência próximo ao serviço de saúde (OLIVEIRA et al., 2004; BARROS e BERTOLDI, 2002; TRAVASSOS et al., 2000).

Numerosos estudos internacionais têm examinado disparidades no acesso à lista de espera e ao transplante. Esses estudos analisam os determinantes de acesso ao transplante em suas várias fases: i) processo pré-transplante (referência do paciente doente renal a um nefrologista e a avaliação para transplante), ii) entrada na lista de espera e iii) pós-inscrição na lista. Esses estudiosos investigam as características associadas ao acesso a cada uma dessas fases ou a todas elas, tais como variáveis demográficas, sócio-econômicas, psicológicas, clínicas, fisiológicas ou características da unidade de diálise e do centro transplantador.

Em vários países e regiões, foi observado que dentre as desigualdades demográficas no acesso ao transplante de rim, a idade é uma das maiores barreiras, sendo que pessoas mais velhas têm menores chances de entrar na lista de espera e de obter um transplante renal (ONISCU et al., 2003; CHAPMAN et al., 2003; USRDS 1998; WOLFE et al., 2000; KASISKE e al., 1998). Dentre as possíveis explicações estão as condições clínicas de um paciente mais velho, a maior presença de comorbidades ou outras condições clínicas que contra indicam a realização do transplante. Além disso, é relatado que pessoas mais velhas preferem permanecer na diálise do que se submeterem a um transplante (GORDON, 2001). Uma outra razão possível é o fato dos pacientes mais velhos terem mais dificuldades para conseguirem um doador vivo (USRDS, 1997).

Grande parte dos estudos relatam uma iniquidade de gênero na distribuição de rim para transplante (ONISCU et al., 2003; KLASSEN et al., 2002; BLOEMBERGEN et al., 1997; GARG et al., 2000; WOLFE et al., 2000). As mulheres têm uma menor chance de serem inscritas na lista de espera, bem como de receber um rim do que os homens. Entretanto, um fato interessante é que elas constituem maioria dos doadores vivos. Várias inferências são feitas quanto a dificuldade das mulheres entrarem na lista de espera: preferências da paciente, preconceito da equipe de médicos ou mesmo dos familiares, fatores econômicos, atitudes e fatores interpessoais, dificuldades na interação paciente-médico-prestador. Há a sugestão de que as mulheres teriam as mesmas condições de serem listadas antes do início da diálise, sendo o sexo, dessa forma, não preditor de acesso ao transplante renal, e o provável motivo seria o fato

das mulheres terem elevado nível PRA³, induzido pela gravidez (AYANIAN et al., 1999). Essa justificativa não é confirmada na maioria dos estudos.

Foram associados também a uma menor probabilidade de entrar na lista e obter transplante renal, os fatores sócio-econômicos tais como menor status sócio-econômico, baixa escolaridade, baixa renda e não ter plano privado de saúde (ONISCU et al., 2003; MICELI et al., 2000; THAMER et al., 1999; ALEXANDER e SEHGAL, 1998; KASISKE e al., 1998; OZMINKOWSKI et al., 1998).

Alguns estudos mostram como determinantes do acesso ao transplante renal as diferenças raciais ou étnicas. Nos EUA, os negros, nativos americanos (indígenas), afro-americanos e hispânicos apresentaram uma menor probabilidade de conseguirem um transplante renal do que as maiorias étnicas (O'HARE et al., 2006; SEQUIST et al., 2004; AYANIAN et al., 1999; OZMINKOWSKI et al., 1997). Da mesma forma, os indígenas australianos (CASS et al., 2004); os aborígenes canadenses (TONELLI et al., 2004) e negros e sul-asiáticos (YEATES et al., 2004); e os Maori da Nova Zelândia (CASS et al., 2004) apresentaram menor probabilidade de conseguirem um transplante renal do que a maioria étnica de seu país. Várias justificativas são levantadas como o isolamento geográfico; o reduzido acesso a cuidados primários, unidade e centros transplantadores; as altas taxas de comorbidades; menor conhecimento sobre transplante e preconceitos quanto à cirurgia e suas conseqüências; o desconhecimento das vantagens do registro precoce; além de questões culturais e econômicas.

Dentre as razões biológicas levantadas para as disparidades de acesso ao transplante entre negros e brancos estão: tipo sanguíneo e HLA e reatividade PRA. Os tipos sanguíneos AB e B estão associados a maiores taxas de transplante e os negros apresentam alta prevalência de tipo sanguíneo O e uma menor compatibilidade HLA. Cabe enfatizar que nesses estudos os fatores biológicos explicam parte das desigualdades (THAMER et al., 1999; KASISKE et al., 1998).

³ A porcentagem de Anticorpos Reativos, PRA ou Painel, representa a quantidade de anticorpos contra HLA (Antígenos Leucocitários Humanos, são proteínas que se localizam na superfície de nossas células, pessoas compatíveis apresentam HLA semelhantes) presente no soro do paciente. O PRA pode ser resultado de transfusões sanguíneas ou gravidez. Algumas pessoas podem ter um ou mais anticorpos específicos. Quanto maior a especificidade, maior a dificuldade de encontrar doador.

Há estudos que mostraram que as preferências e expectativas do paciente com relação ao transplante diferem de acordo com a raça. Entretanto, essas diferenças explicavam uma pequena parte das disparidades no acesso, uma vez que elas permanecem mesmo após o ajuste por preferências, expectativas, características sócio-demográficas e percepção de saúde do paciente (EPSTEIN et al., 2000; AYANIAN et al., 1999; OZMIMKOWSKI et al., 1998).

Além dessas variáveis, o acesso ao transplante renal, também, foi associado a características da clínica de diálise do paciente candidato ao transplante (como o fato da clínica estar ligada a um centro transplantador) (ONISCU et al., 2003). Outro fator importante no acesso ao transplante renal foi a área geográfica de residência do paciente. Foram observadas disparidades geográficas no acesso ao transplante renal presente em regiões de vários países (O'HARE et al., 2006; ELLISON et al., 2003; ROUDOT-THORAVALL et al., 2003; RUDGE et al., 2003; CHAPMAN et al., 2003). Entre as explicações sugeridas, estão a utilização de diferentes diretrizes para a listagem de pacientes e alocação de órgãos nas regiões dos países, as atividades de procura de órgãos diferenciadas e a severidade da falência do órgão do paciente.

Na América Latina e Brasil não foram encontrados estudos que analisassem os fatores envolvidos no acesso equitativo ao transplante renal. No entanto, no Brasil, podemos destacar o relatório divulgado em 2006 do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre falhas encontradas no Programa de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, do Ministério da Saúde – Relatório do TCU. A auditoria visava reduzir a espera dos pacientes por um transplante no país.

A auditoria constatou que o acesso da população ao programa não é equitativo e não foram verificadas medidas para minimizar as dificuldades de acesso. Observou-se grande heterogeneidade na distribuição das equipes pelos estados brasileiros, sendo que a maioria das equipes de transplantes está concentrada na região Sudeste. Os auditores apontaram a ausência de mecanismos que facilitem o acesso da população residente fora dos centros urbanos, embora reconheçam "a magnitude e o alcance social do programa". Como resultado observa-se um acesso aos transplantes bastante desigual entre a população dos diversos Estados, entre aqueles que pagam pelo serviço ou que possuem plano de saúde e aqueles dependentes do SUS, entre a população de baixa renda, entre os residentes em localidades distantes dos centros transplantadores e sem recursos para custear deslocamento (BRASIL, 2006).

A importância social e econômica dos transplantes renais e a complexidade do aparato institucional e tecnológico necessários à sua realização, bem como a ausência de estudos que descrevam e analisem os fatores geradores de iniquidades no acesso ao transplante de rim, tornam necessário a realização de investigações que possam contribuir para uma melhor compreensão desses fatores no acesso ao transplante de rim.

Este estudo pretende descrever e analisar os fatores sócio demográficos e clínicos envolvidos no acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, no período entre 2000 e 2005. Espera-se contribuir com informações que subsidiem a tomada de decisão dos gestores do SUS e a formulação de uma política que garanta a equidade no acesso ao transplante de rim, evitando disparidades nas oportunidades desse tratamento esperado por milhares de brasileiros.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever e analisar o acesso ao transplante renal dos pacientes inscritos na lista de espera no município de Belo Horizonte/MG, no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2004.

3.2 Objetivos específicos

- a) Desenvolver uma base de dados contendo informações sócio-demográficas e clínicas de todos os pacientes residentes em Belo Horizonte/MG, inscritos na lista espera por um transplante renal no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004, a partir dos registros de inscrição da Regional Metropolitana da Central Estadual de Transplantes de Minas Gerais (MG Transplantes);
- b) Descrever o perfil sócio-demográfico, clínico e epidemiológico dos pacientes, inscritos na lista espera por um transplante renal no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004 em Belo Horizonte;MG;
- c) Comparar o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes transplantados e não transplantados, acompanhados no período 2000 a 2005;
- d) Descrever o processo regulatório e o fluxo assistencial de entrada na lista de espera e priorização para transplante.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho

Este estudo se insere na linha de pesquisa "Avaliação de Serviços de Saúde". Trata-se de um estudo do tipo observacional, longitudinal, utilizando dados secundários. Cada participante de uma coorte histórica de indivíduos inscritos em uma lista de espera para transplante renal foi acompanhado por um período mínimo de 12 meses após a data da inscrição, visando monitorar a ocorrência do evento (transplante). Complementarmente, o estudo incluiu um componente qualitativo, analisando dados primários obtidos em entrevistas com profissionais de saúde envolvidos.

4.2 Período

Os indivíduos inscritos na lista de espera por um transplante de rim, entre 1º/01/2000 a 31/12/2004 foram acompanhados por um período mínimo de 12 meses após a data da inscrição até o seu desfecho clínico (transplante, óbito, exclusão da lista de espera ou permanência na fila ao fim do estudo em 31/12/2005).

4.3 População e critérios de elegibilidade

Foram elegíveis para esse estudo todos pacientes inscritos na Central Estadual de Transplantes de Minas Gerais (MG Transplantes), residentes em Belo Horizonte/MG, maiores de 18 anos, que não tiveram inscrição para transplante combinado rim/pâncreas e com dados completos e consistentes.

Complementarmente, o estudo incluiu um componente qualitativo, a partir de dados primários obtidos em entrevistas com profissionais de saúde com o objetivo de discutir as principais barreiras de acesso ao transplante, envolvidas nos processos de inscrição, doação, captação e distribuição de rim. Foram entrevistados coordenadores da Comissão de Nefrologia da Coordenação e Regulação da Alta Complexidade da SMS de Belo Horizonte/MG e da Central

Estadual de Transplantes (MG/Transplantes), 2 técnicos dessas duas instituições, envolvidos diretamente ao processo de transplante. Além desses, foi entrevistado um representante de clínica de diálise, totalizando 5 entrevistas.

4.4 Variáveis

Foram selecionadas variáveis sócio demográficas, clínicas e relacionadas aos serviços.

Variáveis sócio-demográficas: sexo do paciente, cor do paciente, atividade profissional, idade ao iniciar a diálise; idade ao se inscrever na lista; idade ao término do acompanhamento (na data do transplante, do óbito, do desligamento da lista ou, para aqueles que permaneciam na lista, a idade em 31/12/2005).

Variáveis clínicas: tipo sanguíneo, ocorrência de diabetes, retransplante, causa da perda do enxerto, Painel Reativo de Anticorpos (PRA), causa da insuficiência renal terminal (IRC), sorologia (Anti-HVC, HBsAg, Anti-HBS, Toxoplasmose, Chagas, CMV, VDRL), número de transfusões sanguíneas e gravidezes. As variáveis presença de antígenos HLA-A, HLA-B e HLA-DR e sorologia (Anti-HVC, HBsAg, Anti-HBS, Toxoplasmose, Chagas, CMV, VDRL) não foram incluídas nas análises, pois apresentavam mais de 50% dos dados ausentes

A causa da insuficiência renal foi categorizada em 5 grande grupos: Glomerulonefrites, Hipertensão Arterial, Diabetes, Rins Policísticos, Nefrites Intersticiais, Uropatia Obstrutiva, Indeterminada e outras. Esse agrupamento foi realizado com o suporte de especialista da área de Nefrologia. Na categoria Glomerulonefrites foram agrupadas as primárias (ex.: segmentar e focal, membranosas, nefropatia por IgA); secundárias (ex.: lúpica, amiloidose, Púrpura de Henoch-Schoulein, etc) e as hereditárias (ex.: Síndrome de Alport).

Também foram colhidos dados referentes ao Centro e Unidade Transplantadora aos quais o paciente estava vinculado no ato da inscrição e a Unidade de Diálise onde era realizado o tratamento dialítico.

Para estimar o nível sócio-econômico dos pacientes, foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), um indicador composto que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de

ambiente (saneamento, habitação, educação, renda e indicadores sociais/de saúde) num indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas (MARTINS et al, 1998). Esse indicador foi desenvolvido pela Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Minas Gerais. Seus componentes foram obtidos através do Censo 2000 a partir do setor censitário de residência e fornece um indicador de área de risco à saúde. As áreas homogêneas de risco à saúde são classificadas em 4 categorias: risco baixo, médio, elevado e muito elevado.

A variável indicadora de resultado (evento) foi a ocorrência ou não do transplante no período do acompanhamento. Os pacientes foram classificados de acordo com seu desfecho clínico durante o período de estudo: transplantados e não transplantados (aqueles indivíduos que vieram a óbito, foram desligados/excluídos da lista e aqueles que permaneceram na lista de espera até 31/12/2005).

4.5 Obtenção dos dados

4.5.1 Dados de fontes secundárias

Para desenvolver a base de dados contendo a trajetória de cada paciente inscrito na lista de espera por um transplante renal na Central Estadual de Transplantes de Minas Gerais/MG, desde sua inscrição na lista de espera até o seu desfecho clínico ou o término do estudo em 31/12/2005, foram adotados os seguintes procedimentos descritos abaixo.

Os dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes que permaneceram ativos na lista de espera até o fim do estudo em 31/12/2005 foram obtidos por meio do programa do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) Versão 5.0. Para a coleta de dados dos pacientes que foram transplantados, faleceram ou foram excluídos (desligados) da fila de espera, durante o período de acompanhamento, utilizou-se o “Formulário para Cadastro de Receptores de Rim” arquivados no MG Transplantes. A exclusão ou desligamento do candidato da fila ocorre devido a contra-indicação médica ou a pedido do próprio paciente. O desfecho clínico de cada paciente foi confirmado por meio dos relatórios enviados pelas Unidades de Diálise ao MG Transplantes.

Para realização do geoprocessamento foi realizada busca de endereço e do Código de Endereçamento Postal (CEP) no site da Empresa de Correios e Telégrafos. A confirmação das informações sobre os bairros pertencentes à cidade de Belo Horizonte foi feita por meio da lista de bairros disponibilizada pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2006).

A base geográfica por setor censitário do Município de Belo Horizonte do ano de 2000 foram fornecidas pela PRODABEL (Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte) e as informações sobre as áreas homogêneas de risco à saúde por setor sensitário de residência, foram fornecidas pela Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Essas informações foram necessárias para o geoprocessamento do local de residência do paciente por área de risco.

Somente após a coleta desses dados, a partir de roteiros previamente elaborados (Apêndice 1) e sua digitação e organização num banco de dados único, pode-se agregar as informações de todos os pacientes inscritos (Figura 1).

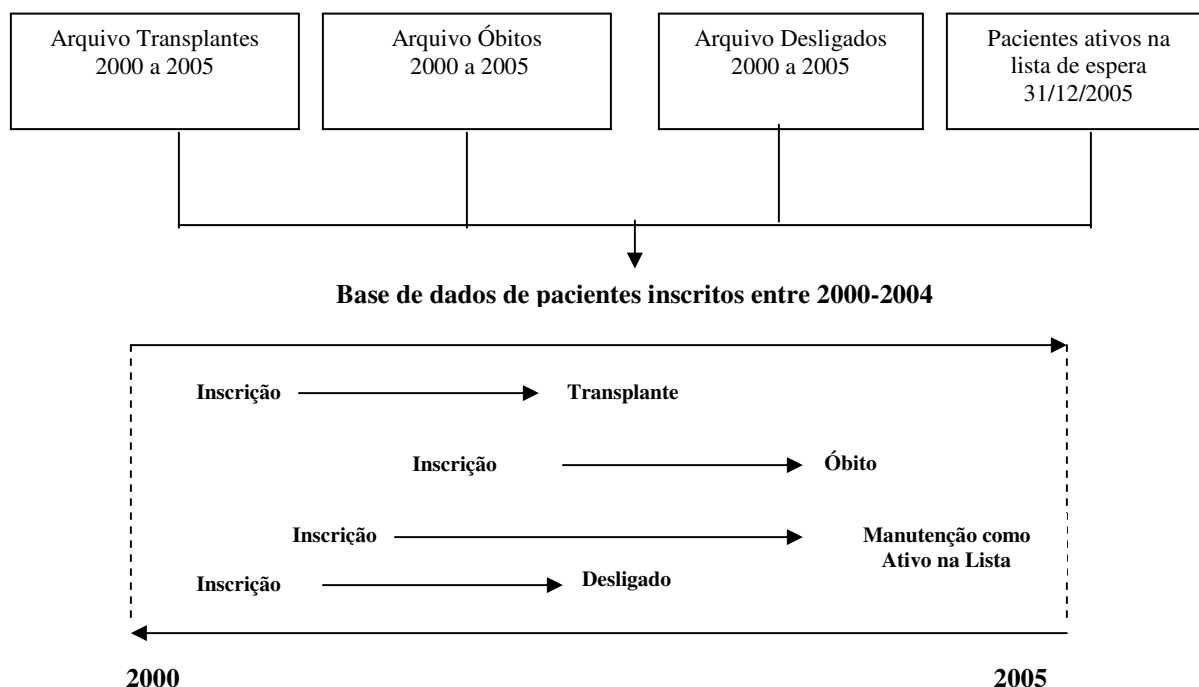


Figura 1- Processo de construção da base de análise de dados

4.5.2 Dados de fontes primárias

Os dados sobre o processo regulatório e o fluxo assistencial de entrada na lista de espera e priorização para transplante foram obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas. A partir de diálogo orientado, os temas propostos foram abordados com perguntas abertas para que o entrevistado discorresse livremente sobre os mesmos. Uma vez concluída a resposta, o entrevistado foi inquirido sobre alguns conteúdos incluídos no roteiro (Apêndice 2) quando esses não foram mencionados na resposta.

4.6 Análises de dados

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva do perfil sócio-demográfico e clínico de todos os pacientes residentes em Belo Horizonte inscritos para realização de um transplante renal entre 2000-2004 por meio de distribuições de frequências, medidas de tendência central e de variabilidade para as características estudadas. Os resultados obtidos foram apresentados em tabelas e gráficos.

Para a análise comparativa dos dois grupos de pacientes, transplantados e não-transplantados, considerando suas características sócio-demográficas e clínicas, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2), adotando-se o nível de significância de 0,05. Para as variáveis contínuas, foram realizadas análises para verificação da normalidade. Foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para a comparação entre dois grupos e Kruskal-Wallis para comparação entre quatro grupos. As análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 12.0.

Para a análise qualitativa das entrevistas, realizou-se análise temática de seu conteúdo, após sua transcrição integral, utilizando-se a técnica proposta por Bardin (1977). Os temas foram agregados em duas categorias principais: i) fatores que dificultam o acesso do paciente portador de IRCT ao transplante e ii) propostas para superá-los.

Os resultados obtidos foram discutidos a partir das diretrizes do SUS, da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal e do Sistema Nacional de Transplantes.

4.7 Considerações Éticas

Os aspectos éticos e a confidencialidade do estudo foram resguardados. O projeto foi discutido com a Comissão de Nefrologia da Coordenação e Regulação da Alta Complexidade da SMS de Belo Horizonte, com a Coordenação do MG Transplantes e submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Anexos I, II).

Os entrevistados deram seu consentimento através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Para resguardar a confidencialidade dos mesmos, as fitas foram desgravadas após a transcrição e os resultados foram apresentados de forma agregada, sem menção do nome de qualquer participante.

5 RESULTADOS

Perfil dos pacientes inscritos na lista de espera por transplante de rim

Foram identificados 962 pacientes residentes em Belo Horizonte, inscritos na lista de espera por um transplante renal no MG Transplantes no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004. Dessa população, foram excluídos 127 pacientes (13,2%), dos quais 41 (4,3%) eram menores de 18 anos; 40 (4,2%) foram inscritos para transplante combinado rim/pâncreas e 46 (4,8%) apresentavam datas incompletas ou inconsistentes.

Portanto, entre 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2004, foram inscritos 835 pacientes na lista de espera por um transplante de rim, na CNCDO Regional/Metropolitana do MG Transplantes, elegíveis para esse estudo. Entre os anos de 2000 a 2005, o período de acompanhamento, 190 (22,7%) pacientes foram transplantados e 645 (77,2%) não receberam um transplante de rim. Dentre os pacientes não foram transplantados, 130 pacientes (15,6%) vieram a óbito, 129 pacientes (15,4%) foram excluídos da lista da lista de espera e 386 (46,2%) continuavam na fila esperando por um transplante renal no final do estudo em 31/12/2005 (Figura 2).

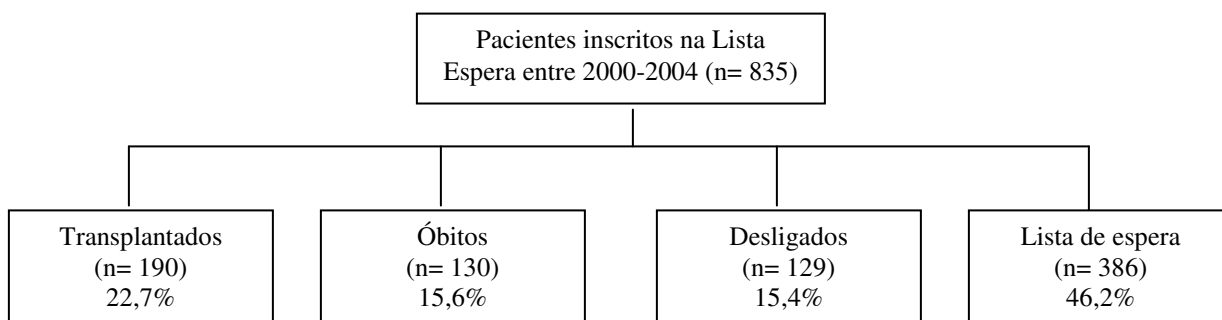


Figura 2- Pacientes residentes em Belo Horizonte/MG, incluídos na lista de espera por um transplante de rim, no período de 2000 a 2004 e acompanhados até 31/12/2005.

Observa-se que a maioria dos pacientes inscritos era do sexo masculino (62,3%), iniciou tratamento dialítico, principalmente, entre os anos de 2001 a 2004 (50,4%) com idade média de 43,6 anos (Tabela 2). Quanto à faixa etária, 97,2% dos pacientes iniciaram a diálise com menos de 65 anos. Eles permaneceram quase 2 anos nesse tratamento, antes da inclusão na fila de

espera, na qual permaneceram 2,2 anos em média. A maioria deles era da cor branca (46,1%) e não exercia atividade profissional (81,8%).

Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos pacientes residentes em Belo Horizonte, inscritos na lista de espera para transplante renal entre 2000 e 2004, n= 835.

<i>Variáveis</i>	<i>Total de inscritos N (%)*</i>
<i>Sexo</i>	
Masculino	520 (62.3)
Feminino	315 (37.7)
<i>Ano de entrada em diálise</i>	
1980-1995	54 (6.7)
1996-2000	347 (42.9)
2001-2004	408 (50.4)
<i>Idade de entrada em diálise</i>	
Média + DP	43.6 + 12.1
Mediana	44.3
<i>Faixa etária de entrada em diálise</i>	
18-29	124 (15.3)
30-39	166 (20.5)
40-49	244 (30.2)
50-64	252 (31.2)
≥ 65	22 (2.7)
Não se aplica	3**
<i>Tempo em diálise até inclusão na lista</i>	
Média + DP	1,7 + 2,4
Mediana	0,9
<i>Idade de inclusão na lista de espera</i>	
Média + DP	45,4 + 12,0
Mediana	46,2
<i>Faixa etária de inclusão na lista</i>	
18-29	98 (11,8)
30-39	160 (19,2)
40-49	246 (29,5)
50-64	292 (35,0)
≥ 65	38 (4,6)
<i>Cor</i>	
Branca	329 (46,1)
Parda	242 (33,9)
Negra	133 (18,7)
Amarela	9 (1,3)
<i>Atividade profissional</i>	
Sim	117 (18,2)
Não	527 (81,8)
<i>Tempo de espera na lista</i>	
Média + DP	2,2 + 1,5
Mediana	2,0
<i>Idade na ocorrência do desfecho clínico</i>	
Média + DP	47,7 + 12,0
Mediana	48,6
<i>Área de risco à saúde (IVS)</i>	
Risco baixo	197 (23,6)
Risco médio, elevado e muito elevado	636 (76,4)

* As informações ignoradas não participaram das análises desse estudo.

** 3 pacientes, segundo informações da ficha de inscrição, realizaram transplante preemptivo.

O grupo sanguíneo mais comum foi o “O” (49,4%), glomerulonefrites (33,5%) foi a causa principal da IRC. Dos pacientes, 18,4% tinham diabetes e 6,7% já havia realizado transplante renal anteriormente. Grande parte dos pacientes (42,5%) fazia tratamento dialítico em três principais Unidades de Diálise e quase 40% se vinculou ao mesmo Centro Transplantador (Tabela 3).

Tabela 3- Características clínicas dos pacientes residentes em Belo Horizonte inscritos na lista de espera para transplante renal entre 2000 e 2004, n= 835.

<i>Variáveis</i>	<i>Total de inscritos N (%)*</i>
<i>Tipo Sanguíneo</i>	
A	290 (34,8)
AB	21 (2,5)
B	111 (13,3)
O	412 (49,4)
<i>Diabetes</i>	
Sim	144 (18,4)
Não	640 (81,6)
<i>Re-transplante</i>	
Sim	54 (6,7)
Não	750 (93,3)
<i>PRA (%)</i>	
0-10	342 (82,8)
11-60	52 (12,5)
>60	22 (5,3)
<i>Causa diagnosticada da IRC</i>	
Glomerulonefrites	266 (33,5)
Hipertensão arterial	237 (29,8)
Diabetes	134 (16,9)
Rins policísticos	39 (4,9)
Outras ou Indeterminada	119 (15,0)
<i>Número de transfusões</i>	
0-2	306 (81,2)
>2	71 (18,8)
<i>Número de gravidezes</i>	
0-2	65 (52,8)
>2	58 (47,2)
<i>Centro Transplantador</i>	
Centro Transplantador 1	329 (39,4)
Centro Transplantador 2	140 (16,8)
Centro Transplantador 3	132 (15,8)
Centro Transplantador 4	75 (9,0)
Centro Transplantador 5	85 (10,2)
Outros	74 (8,9)
<i>Unidade de diálise</i>	
Unidade de Diálise 1	144 (17,3)
Unidade de Diálise 2	108 (13,0)
Unidade de Diálise 3	101(12,2)
Unidade de Diálise 4	65 (7,8)
Unidade de Diálise 5	53 (6,4)
Unidade de Diálise 6	91 (11,01)
Outros	269 (32,4)

* As informações ignoradas não participaram das análises desse estudo.

Descrição do perfil dos pacientes inscritos na lista de espera por transplante de rim, segundo desfecho clínico

Ao se comparar os pacientes (Tabelas 4 e 5), segundo seu desfecho clínico nos 6 anos de estudo, verifica-se que aqueles que conseguiram realizar transplante iniciaram tratamento dialítico, principalmente, entre os anos de 2001 a 2004; eram mais jovens; apresentaram menor tempo do início da diálise à inscrição na lista de espera e eram mais ativos profissionalmente do que os pacientes não transplantados. Além disso, apresentaram mais frequentemente grupo sanguíneo “A”, glomerulonefrites como causa principal da IRC e menor proporção de pacientes diabéticos do que os pacientes que não conseguiram um transplante. Mais da metade deles estava vinculada a dois Centros Transplantadores e fazia tratamento dialítico nas quatro principais Unidades de Diálise. Esses pacientes iniciaram a diálise com 40,7 anos, se inscrevendo para o transplante depois de 1,2 anos, aos 42 anos. Eles esperaram em média 1,6 anos (de 0 a 5,6 anos) até a realização do procedimento aos 43,6 anos. O número médio de transplantes realizados no período estudado foi de 32 transplantes/ano, sendo que 102 pacientes (53,7 %) tiveram doadores vivos.

Durante o estudo, foram observados 130 óbitos entre os pacientes da fila de espera, perfazendo uma média de 22 óbitos/ano. A maioria iniciou o tratamento dialítico entre os anos de 1996 a 2000, com uma idade maior do que os pacientes que não faleceram no período. Eles apresentavam, em sua maioria, grupo sanguíneo “O” e vincularam-se principalmente ao Centro Transplantador 1. O diabetes foi a causa mais frequente de IRC para esses pacientes, apresentando uma proporção de óbitos 2 vezes maior do que a observada entre aqueles cuja causa foi glomerulonefrites. Os pacientes que evoluíram para a óbito iniciaram o tratamento dialítico com uma idade média de 49,0 anos, sendo incluídos na lista de espera após 2 anos de diálise. Depois de inscritos, eles aguardaram um período médio de 1,5 anos, totalizando 3,3 anos em tratamento dialítico até o óbito, aos 52,4 anos.

Tabela 4- Características sócio-demográficas dos pacientes residentes em Belo Horizonte, inscritos na lista de espera para transplante renal, entre 2000 e 2004, segundo desfecho clínico ao final estudo em 31/12/2005, n= 835.

<i>Variáveis</i>	<i>Transplantados n=190</i>	<i>Óbitos n=130</i>	<i>Desligados n=129</i>	<i>Lista de espera n=386</i>	<i>P*</i>
Sexo					
Masculino	119 (62,6)	80 (61,5)	90 (69,8)	231(59,8)	0,252
Feminino	71(37,4)	50 (38,5)	39 (30,2)	155 (40,2)	
Ano de entrada em diálise					
1980-1995	4 (2,3)	14 (11,2)	15 (12,0)	21 (5,5)	<0,05
1996-2000	80 (45,2)	71 (56,8)	70 (56,0)	126 (33,0)	
2001-2004	93 (52,5)	40 (32,0)	40 (32,0)	235 (61,5)	
Idade de entrada em diálise					
Média + DP	40,7 + 12,7	49,0 + 10,9	48,8 + 12,9	41,6 + 10,8	<0,05
Mediana	41,4	49,9	50,1	42,1	
Faixa etária de entrada em diálise					
18-29	42 (23,7)	6 (4,8)	15 (12,0)	61 (16,0)	<0,05
30-39	39 (22,0)	18 (14,5)	14 (11,2)	95 (24,9)	
40-49	45 (25,4)	37 (29,8)	31 (24,8)	131 (34,3)	
50-64	49 (27,7)	55 (44,4)	55 (44,4)	93 (24,3)	
≥ 65	2 (1,1)	8 (6,5)	10 (8,0)	2 (0,5)	
Não se aplica	3**				
Tempo em diálise até inclusão na lista					
Média + DP	1,2 + 1,4	1,7 + 2,1	2,4 + 3,2	1,8 + 2,5	<0,05
Mediana	0,8	0,9	1,0	0,9	
Idade de inclusão na lista de espera					
Média + DP	41,9 + 12,7	50,6 + 10,7	51,2 + 12,3	43,3 + 10,8	<0,05
Mediana	43,0	51,5	53,0	43,6	
Faixa etária de inclusão na lista					
18-29	39 (20,5)	4 (3,1)	7 (5,4)	48 (12,4)	<0,05
30-39	43 (22,6)	13 (10,1)	19 (14,7)	85 (22,0)	
40-49	48 (25,3)	41 (31,8)	27 (20,9)	130 (33,7)	
50-64	55 (28,9)	57 (44,2)	62 (48,1)	118 (30,6)	
≥ 65	5 (2,6)	14 (10,9)	14 (10,9)	5 (1,3)	
Cor					
Branca	82 (50,3)	41(42,7)	48 (44,4)	158 (45,7)	0,878
Parda	51(31,3)	31(32,3)	40 (37,0)	120 (34,7)	
Neira	29 (17,8)	23 (24,0)	18 (16,7)	63 (18,2)	
Amarela	1(0,6)	1(1,0)	2 (1,9)	5 (1,4)	
Atividade profissional					
Sim	40 (28,0)	15 (23,8)	16 (15,8)	46 (13,6)	<0,05
Não	103 (72,0)	48 (76,2)	85 (84,2)	291 (86,4)	
Tempo de espera na lista					
Média + DP	1,6 + 1,3	1,5 + 1,3	1,7 + 1,2	3,0 + 1,4	<0,05
Mediana	1,2	1,2	1,6	2,7	
Idade no desfecho clínico					
Média + DP	43,6 + 12,8	52,4 + 10,7	52,7 + 12,3	46,3 + 10,8	<0,05
Mediana	44,7	54,0	54,9	46,7	
Área de risco à saúde (IVS)					
Risco baixo	56 (29,5)	24 (18,6)	27(20,9)	90 (23,4)	0,115
Risco médio, elevado e muito elevado	134 (70,5)	105 (81,4)	102 (79,1)	295 (76,6)	

*Valor P referente à comparação entre os 4 grupos, obtido por meio do teste χ^2 de Pearson para proporções e Teste Kruskal-Wallis para comparação das médias.

**3 pacientes, segundo informações da ficha de inscrição, realizaram transplante preemptivo.

Do total de pacientes inscritos, 129 foram desligados da lista de espera, apresentando uma média de 22 exclusões/ano. Eles começaram diálise, principalmente entre 1996 a 2000, ficando um maior tempo em tratamento dialítico até a sua inclusão na lista de espera, apresentando idade média maior que os outros grupos. Além disso, houve maior proporção de pacientes do grupo sanguíneo “O”, hipertensão arterial como causa básica da IRC e vínculo, principalmente, ao Centro Transplantador 1. Os pacientes desligados começaram a diálise com uma idade média de 48,8 anos, ficando aproximadamente 2,4 anos em tratamento até sua inclusão na fila do transplante. Após sua inscrição, aguardaram 1,7 anos em média até sua exclusão, permanecendo em diálise 4,1 anos, em média, até saírem da fila de espera com idade média de 52,7 anos.

No fim do estudo em 31/12/2005, 386 pacientes (46%) ainda permaneciam na fila de espera. Eles iniciaram diálise, principalmente, entre os anos de 2001 a 2004 e a maioria não exercia atividade profissional. Apresentaram glomerulonefrites como causa mais frequente da IRC e estavam vinculados, principalmente ao Centro Transplantador 1. Estes indivíduos começaram a diálise com uma idade média de 41,6 anos, se inscrevendo na lista quase 2 anos depois do início do tratamento. Ao fim do estudo, apresentaram um tempo médio de espera de 3 anos, com idade média de 46,4 anos. Foi observado que 59 pacientes (15,3%) permaneceram na fila de espera até o final do acompanhamento, perfazendo mais de 5 anos de espera por um transplante de rim.

Tabela 5- Características clínicas dos pacientes residentes em Belo Horizonte, inscritos na lista de espera para transplante renal, entre 2000 e 2004, segundo desfecho clínico ao final estudo em 31/12/2005, n= 835.

<i>Variáveis</i>	<i>Transplantados n=190</i>	<i>Óbitos n=130</i>	<i>Desligados n=129</i>	<i>Lista de espera n=386</i>	<i>P*</i>
<i>Tipo Sanguíneo</i>					
A	91(47,9)	34 (26,2)	43 (33,6)	122 (31,6)	<0,05
AB	8 (4,2)	5 (3,8)	3,0 (2,3)	5 (1,3)	
B	21 (11,1)	24 (18,5)	11 (8,6)	55 (14,2)	
O	70 (36,8)	67 (51,5)	71 (55,5)	204 (52,8)	
<i>Diabetes</i>					
Sim	17 (9,9)	42 (38,5)	33 (28,2)	52 (13,5)	<0,05
Não	155 (90,1)	67 (61,5)	84 (71,8)	334 (86,5)	
<i>Re-transplante</i>					
Sim	7 (3,7)	6 (5,6)	10 (8,2)	31 (8,0)	0,220
Não	181 (96,3)	102 (94,4)	112 (91,8)	355 (92,0)	
<i>PRA (%)</i>					
0-10	63 (96,9)	24 (85,7)	32 (86,5)	223 (78,0)	<0,05
11-60	2 (3,1)	3 (10,7)	4 (10,8)	43 (15,0)	
>60	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (2,7)	20 (7,0)	
<i>Causa diagnosticada da IRC</i>					
Glomerulonefrites	83 (44,6)	19 (15,8)	33 (26,2)	131 (36,1)	<0,05
Hipertensão arterial	52 (28,0)	36 (30,0)	35 (27,8)	114 (31,4)	
Diabetes	13 (7,0)	40 (33,3)	30 (23,8)	51 (14,0)	
Rins policísticos	7 (3,8)	5 (4,2)	11 (8,7)	16 (4,4)	
Outras ou Indeterminada	31 (16,7)	20 (16,7)	17 (13,5)	51 (14,0)	
<i>Número de transfusões</i>					
0-2	121 (81,8)	70 (86,4)	78 (84,8)	37 (66,1)	<0,05
>2	27 (18,2)	11 (13,6)	14 (15,2)	19 (33,9)	
<i>Número de gravidezes</i>					
0-2	26 (53,1)	16 (57,1)	16 (66,7)	7 (31,8)	0,114
>2	23 (46,9)	12 (42,9)	8 (33,3)	15 (68,2)	
<i>Centro Transplantador</i>					
Centro 1	55 (28,9)	54 (41,5)	60 (46,5)	160 (41,5)	<0,05
Centro 2	43 (22,6)	13 (10,0)	13 (10,1)	71 (8,4)	
Centro 3	32 (16,8)	19 (14,6)	15 (11,6)	66 (17,1)	
Centro 4	20 (10,5)	28 (21,5)	27 (20,9)	0 (0,0)	
Centro 5	17 (8,9)	12 (9,2)	9 (7,0)	47 (12,2)	
Outros	23 (12,1)	4 (3,1)	5 (3,9)	42 (10,9)	
<i>Unidade de diálise</i>					
Unidade 1	43 (22,9)	21 (16,4)	25 (19,4)	55 (14,2)	<0,05
Unidade 2	31 (16,5)	7 (5,5)	10 (7,8)	60 (15,5)	
Unidade 3	19 (10,1)	32 (25,0)	9 (7,0)	41 (10,6)	
Unidade 4	17 (9,0)	4 (3,1)	13 (10,1)	31 (8,0)	
Unidade 5	10 (5,3)	9 (7,0)	7 (5,4)	27 (7,0)	
Unidade 6	15 (8,0)	13 (10,2)	9 (7,0)	54 (14,0)	
Outros	53 (28,2)	42 (32,8)	56 (43,4)	118 (30,6)	

*Valor P referente à comparação entre os 4 grupos, obtido por meio do teste χ^2 de Pearson para proporções e Teste Kruskal-Wallis para comparação das médias.

Análise comparativa entre Transplantados e Não Transplantados

Nas tabelas 6 e 7 estão os resultados da comparação entre os pacientes que foram transplantados e os não transplantados (óbitos, desligados e aqueles que permaneciam na lista de espera no fim do estudo em 31/12/2008). Como pode ser verificado, o sexo masculino foi o mais prevalente nos dois grupos estudados, entretanto, não foi detectada uma diferença significativa entre os pacientes que conseguiram transplante e aqueles que não o realizaram.

Foi observado um percentual maior de pacientes transplantados iniciando diálise entre os anos de 2001-2004 e maior percentual de não transplantados iniciando entre 1980-1995. A idade no início da diálise apresentou diferenças significativas entre os grupos. Os indivíduos que foram transplantados iniciaram o procedimento dialítico mais jovens, com uma idade média de 40,7 e apenas 1,1% tinha mais de 65 anos. Os pacientes não transplantados apresentaram uma idade média no início do tratamento de 44,4, sendo que 35,4% tinham mais de 50 anos. No período estudado, 3 pacientes realizaram o transplante preemptivo, ou seja, eles não realizaram diálise antes da realização do transplante de rim.

Os pacientes não transplantados permaneceram mais tempo em diálise antes de se serem incluídos na lista de espera (quase 2 anos), apresentando maior idade média (46,3 anos) na inscrição em comparação aos transplantados (41,9 anos).

Os dados referentes à cor do paciente não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, entretanto, é importante notar uma maior frequência de não brancos (55,1%) entre aqueles pacientes que não foram submetidos ao transplante renal no período do estudo.

Apesar da maioria dos pacientes inscritos não exercerem uma atividade profissional, como visto anteriormente, aqueles que realizaram o transplante eram significativamente mais ativos profissionalmente (28%) do que os não transplantados (15,4%).

Em relação ao risco à saúde (IVS) do local de residência do paciente, observou-se um maior percentual de pacientes transplantados residindo em áreas de baixo risco (29,5%) em relação àqueles não transplantados (21,9%).

Tabela 6 - Características sócio-demográficas dos pacientes transplantados e não-transplantados, Belo Horizonte, 2000-2005, n= 835.

<i>Variáveis</i>	<i>Transplantados (n=190)</i>	<i>Não transplantados (n=645)</i>	<i>P*</i>
<i>Sexo</i>			
Masculino	119 (62,6)	401 (62,2)	0,980
Feminino	71 (37,4)	244 (37,8)	
<i>Ano de início da diálise</i>			
1980-1995	4 (2,3)	50 (7,9)	<0,05
1996-2000	80 (45,2)	267 (42,2)	
2001-2004	93 (52,5)	315 (49,8)	
<i>Idade início da diálise (anos)</i>			
Média + DP	40,7 ± 12,6	44,4 ± 11,8	<0,05
Mediana	41,4	44,8	
<i>Idade ao iniciar a diálise</i>			
18-29	42 (27,3)	82 (13,0)	<0,05
30-39	39 (22,0)	127 (20,1)	
40-49	45 (25,4)	199 (31,5)	
50-64	49 (27,7)	203 (32,2)	
≥ 65	2 (1,1)	20 (3,2)	
Não se aplica	3**	0	
<i>Tempo em diálise até inclusão na lista de espera</i>			
Média + DP	1,2 ± 1,4	1,9 ± 2,6	<0,05
Mediana	0,8	0,9	
<i>Idade inclusão na lista (anos)</i>			
Média + DP	41,9 ± 12,7	46,3 ± 11,6	<0,05
Mediana	43,0	46,8	
<i>Idade inclusão na lista</i>			
18-29	39 (20,5)	59 (9,2)	<0,05
30-39	43 (22,6)	117 (18,2)	
40-49	48 (25,3)	198 (30,7)	
50-64	55 (28,9)	237 (36,8)	
≥ 65	5 (2,6)	33 (5,1)	
<i>Cor</i>			
Branca	82 (50,3)	247 (44,9)	0, 225
Não branca	81 (49,7)	303 (55,1)	
<i>Atividade profissional</i>			
Sim	40 (28, 0)	77 (15,4)	<0,05
Não	103 (72, 0)	424 (84,6)	
<i>Área de risco à saúde (IVS)</i>			
Risco baixo	56 (29,5)	141 (21,9)	<0,05
Risco médio, elevado e muito elevado	134 (70,5)	502 (78,1)	

*Valor P referente à comparação entre os 2 grupos, obtido por meio do teste χ^2 de Pearson para proporções e Teste Mann-Whitney para comparação das médias.

**3 pacientes, segundo informações da ficha de inscrição, realizaram transplante preemptivo.

Os dados referentes às variáveis clínicas analisadas, podem ser visualizados na Tabela 6. Em relação ao tipo sanguíneo do Sistema ABO, observa-se uma diferença importante entre os grupos. Enquanto o tipo de sanguíneo mais freqüente entre os pacientes submetidos ao transplante foi o “A” (47,9%), o tipo “O” foi mais comum entre aqueles que não receberam o transplante renal (53,1%).

Dos pacientes que estavam na lista e não foram transplantados, 7,6% deles já tinham realizado um transplante de rim, anteriormente, comparativamente a 3,7% das pessoas que conseguiram um transplante no período estudado. A diferença entre os grupos foi limítrofe.

As causas mais comuns da insuficiência renal para os grupos foram as glomerulonefrites, hipertensão arterial e diabetes, sendo que as glomerulonefrites aparecem como a causa mais mais freqüente entre o grupo de pessoas transplantadas. O diabetes foi uma morbidade duas vezes mais freqüente entre os pacientes portadores de IRC e que estavam na fila e não receberam transplante do que aqueles que foram submetidos a esse procedimento.

Pode-se observar que o Centro Transplantador ao qual o paciente estava vinculado também variou significativamente em relação ao desfecho apresentado pelos pacientes. Observa-se que os Centros Transplantadores 2, 3 e 4 apresentaram maior percentual de pacientes transplantados do que não transplantados, provavelmente pelo perfil desses centros, realizando mais transplantes com doadores vivos. Não houve diferenças entre as unidades de diálise quanto à proporção de pacientes transplantados e não transplantados.

As variáveis número de transfusões realizadas e número de gravidezes não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7 - Características clínicas dos pacientes, transplantados e não-transplantados, Belo Horizonte, 2000-2005, n= 835.

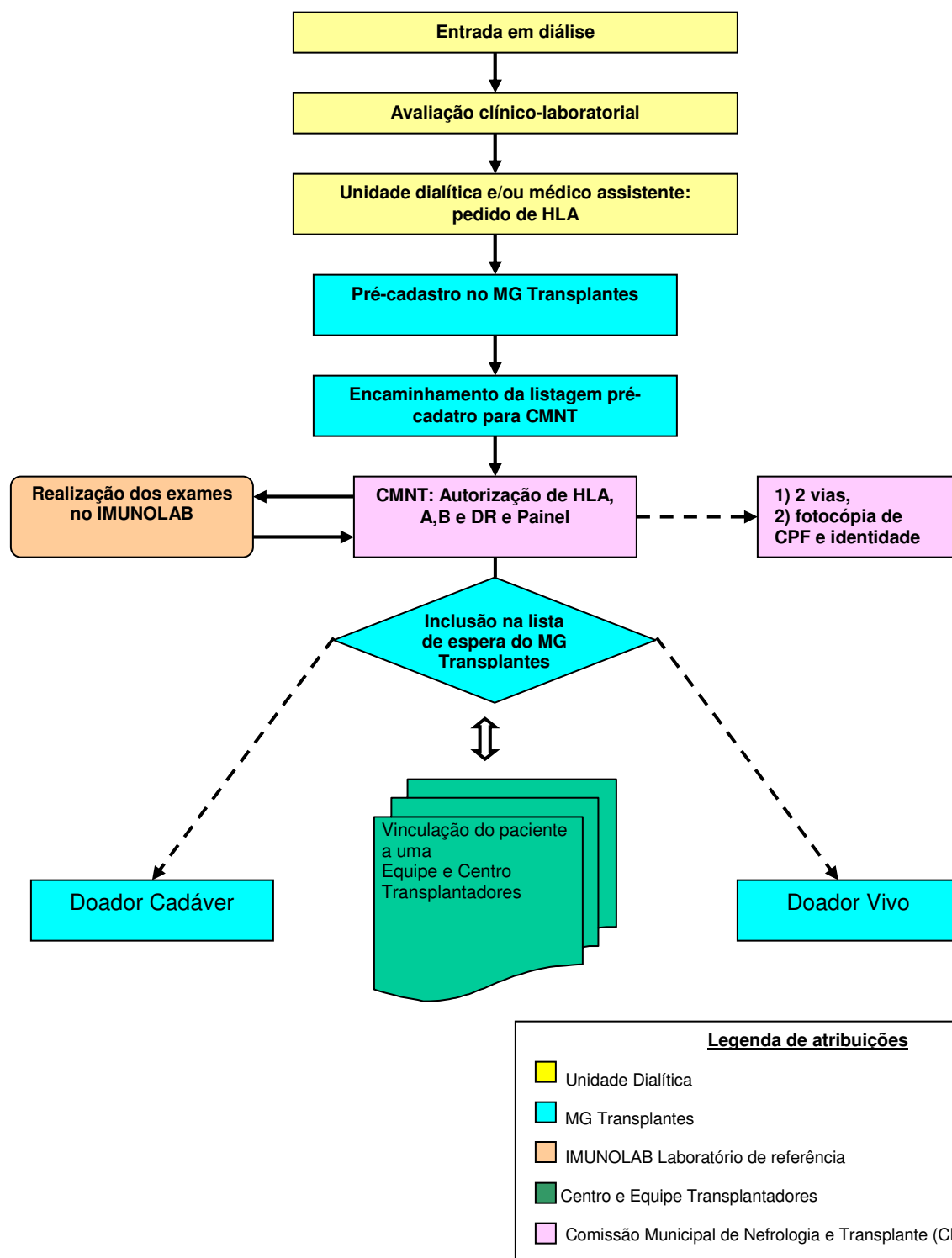
<i>Variáveis</i>	<i>Transplantados (n=190)</i>	<i>Não transplantados (n=645)</i>	<i>p*</i>
<i>Tipo Sanguíneo</i>			
A	91 (47,9)	199 (30,9)	<0,05
AB	8 (4,2)	13 (2,0)	
B	21 (11,1)	90 (14,0)	
O	70 (36,8)	342 (53,1)	
<i>Diabetes</i>			
Sim	17 (9,9)	127 (20,8)	<0,05
Não	155 (90,1)	485 (79,2)	
<i>Re-transplante</i>			
Sim	7 (3,7)	47 (7,6)	0,061
Não	181 (96,3)	569 (92,4)	
<i>PRA (%)</i>			
0-10	63 (96,9)	279 (79,5)	<0,05
11-60	2 (3,1)	50 (14,2)	
>60	0 (0,0)	22 (6,3)	
<i>Causa diagnosticada da IRC</i>			
Glomerulonefrites	83 (44,6)	183 (30,0)	<0,05
Hipertensão arterial	52 (28,0)	185 (30,4)	
Diabetes	13 (7,0)	121 (19,9)	
Rins policísticos	7 (3,8)	32 (5,3)	
Outras ou Indeterminada	31(16,7)	88 (14,4)	
<i>Número de transfusões</i>			
0-2	121 (81,8)	185 (80,8)	0,814
>2	27 (18,2)	44 (19,2)	
<i>Número de gravidezes</i>			
0-2	26 (53,1)	39 (52,7)	0,969
>2	23 (46,9)	35 (47,3)	
<i>Centro Transplantador</i>			
Centro Transplantador 1	55 (28,9)	274 (42,5)	<0,05
Centro Transplantador 2	43 (22,6)	97 (15,0)	
Centro Transplantador 3	32 (16,8)	100 (15,5)	
Centro Transplantador 4	20 (10,5)	55 (8,5)	
Centro Transplantador 5	17 (8,9)	68 (10,5)	
Outros	23 (12,1)	51 (7,9)	
<i>Unidade de diálise</i>			
Unidade de Diálise 1	43 (22,9)	101 (15,7)	0,072
Unidade de Diálise 2	31 (16,5)	77 (12,0)	
Unidade de Diálise 3	19 (10,1)	82 (12,8)	
Unidade de Diálise 4	17 (9,0)	48 (7,5)	
Unidade de Diálise 5	10 (5,3)	43 (6,7)	
Unidade de Diálise 6	15 (8,0)	76 (11,7)	
Outros	53 (28,2)	216 (33,6)	

*Valor P referente à comparação entre os 2 grupos, obtido por meio do teste χ^2 de Pearson para proporções e Teste Mann-Whitney para comparação das médias.

O processo regulatório e o fluxo assistencial de entrada na lista de espera e priorização para transplante renal em Belo Horizonte/MG.

Em Belo Horizonte, a Comissão Municipal de Nefrologia e Transplante (CMNT) do Centro Municipal de Alta Complexidade da Secretaria Municipal de Belo Horizonte/MG, desempenha um papel regulatório das terapias de substituição renal (TRS). Após a avaliação clínico-laboratorial adequada, a equipe responsável pelo paciente que deseja e apresenta indicação para entrar na fila do transplante, preenche um cadastro de receptor de rim e encaminha ao MG Transplantes (Anexo III). Todo receptor tem que estar inscrito no MG Transplantes, independentemente se o doador é vivo ou cadáver. Segundo o fluxo estabelecido pela CMNT e as entrevistas realizadas, o cadastro na lista única para doador cadáver segue os seguintes passos (Figura 3):

- 1- A avaliação clínica e laboratorial do candidato (avaliação cardiológica, urológica, pulmonar, ultra-sonografia abdominal, radiografia de tórax e sorologia [doença de Chagas, citomegalovírus, HIV, hepatite B e C- se sorologia positiva, necessária avaliação de carga viral por PCR, toxoplasmose, sífilis e vírus Epstein-Baar]) (Conselho Federal de Medicina, 2006);
- 2- A Unidade dialítica e/ou médico assistente solicita a realização de HLA do receptor. É obrigatório o cadastramento prévio do receptor no MG Transplantes, antes da liberação desses exames pela CMNT;
- 3- O MG Transplantes inclui o paciente no pré-cadastro e encaminha listagem quinzenalmente para a CMNT. Após a comprovação desse cadastro há a autorização para a realização do HLA A, B, DR e PRA (Painel). Esse último deve ser repetido semestralmente para pacientes múltiparas, transplantados, re-transplantes e politransfundidos;
- 4- O Receptor será encaminhado para o Laboratório IMUNOLAB (laboratório de referência em Belo Horizonte) para realização dos exames. Após o resultado, o receptor será incluído no sistema de cadastro do MG Transplantes (Lista Única).



Fonte: CMNT- SMSA-BH, Adaptado a partir do conteúdo das entrevistas

Figura 3 - Fluxograma de cadastramento do receptor de rim para realização de transplante

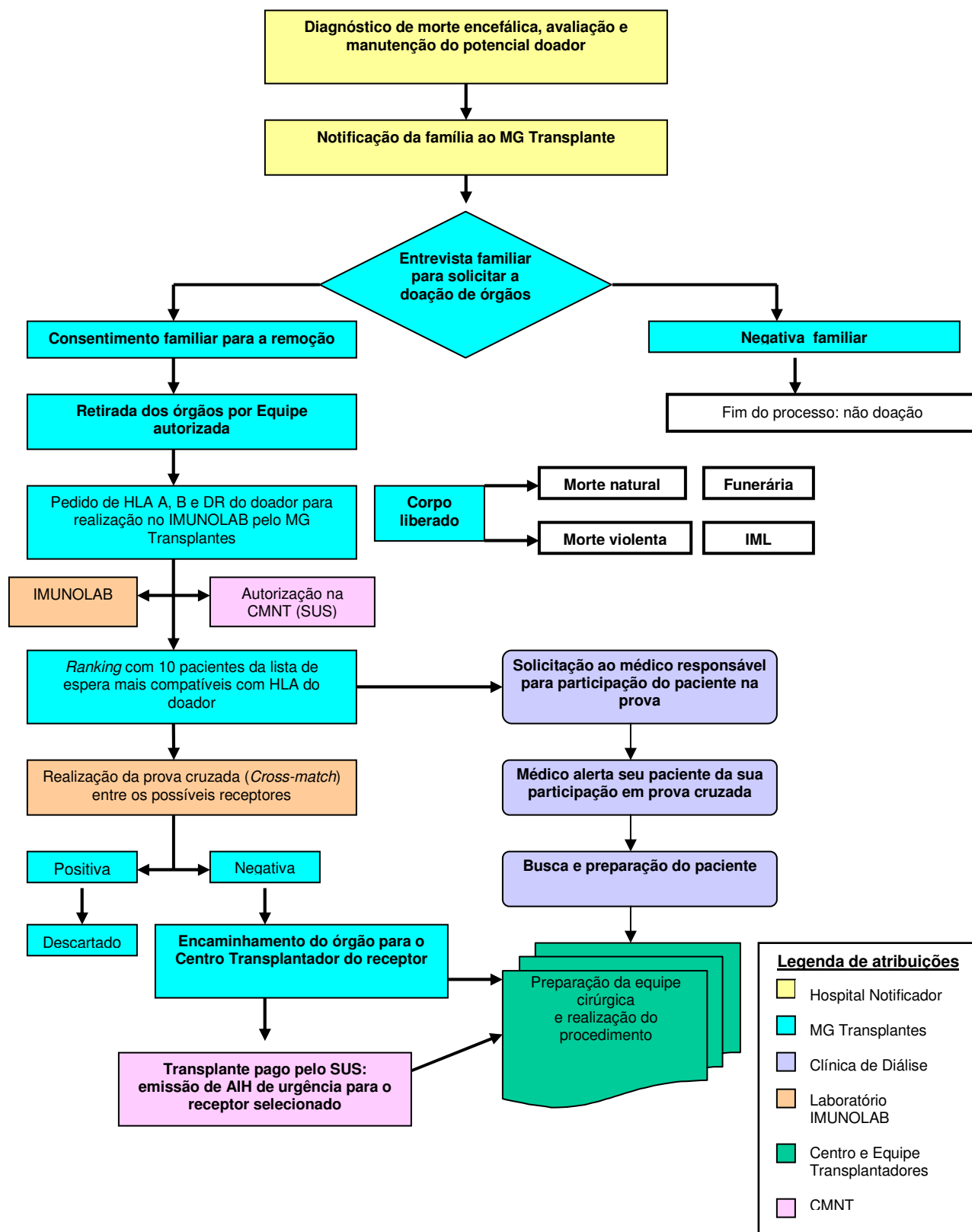
Quando a doação acontece através de doador vivo, o fluxo é o seguinte (Figura 4):

- 1- Solicitação médica para realização do HLA de possíveis doador (es);
- 2- Caso o doador não seja “Relacionado” (sem parentesco), só são autorizados o HLA A,B,DR. Posteriormente, se houver quatro (4) compatibilidades, a “Prova Cruzada” será autorizada;
- 3- Caso o doador seja “Relacionado” (pode-se fazer com no máximo 4 parentes por vez), autoriza-se, inicialmente, HLA A e B de todos os possíveis doadores. O mais compatível deles, fará os exames subsequentes: HLA DR e Prova Cruzada. Se houver apenas um único doador, será autorizado HLA A,B , DR e “Prova Cruzada” simultaneamente;
- 4- Se o resultado da “Prova Cruzada” for negativo com o “Receptor”, haverá autorização simultânea para realização de “Prova Cruzada Final” e da AIH (Autorização de Internação Hospitalar)
- 5- Se a “Prova Cruzada” for Positiva, será selecionado outro doador e/ou repetir novamente após 6 meses e/ou realização de “Auto Prova Cruzada”, mediante solicitação do médico.

O transplante com um doador cadáver segue os seguintes procedimentos (Figura 5)

- 1- Notificação pelas unidades hospitalares ao MG transplante de doador cadáver;
- 2- O MG Transplantes solicita pedido da HLA A, B e DR do cadáver para realização, em caráter de urgência, no IMUNOLAB (laboratório de referência), e posteriormente encaminha solicitação para autorização na CMNT;
- 3- O resultado do exame de HLA será encaminhado para CMNT para realização de revisão;
- 4- Realização das “Provas Cruzadas” dos possíveis receptores do rim do doador cadáver selecionados na lista única do MG Transplantes (compatíveis com o HLA do doador cadáver). Emissão de AIH de urgência CMNT.

Todas as autorizações para exames pré-transplantes e emissão de AIH's são realizadas pela CMNT , quando os procedimentos realizados são pagos pelo SUS.



Fonte: CMNT- SMSA-BH, Adaptado a partir do conteúdo das entrevistas

Figura 5 - Fluxograma de doação por doador cadáver

A equipe da unidade de diálise do paciente é a responsável por manter o paciente ativo na lista, para isso, deve informar com regularidade para o MG Transplantes a condição do paciente para mantê-lo ativo ou não, por exemplo: se ocorreu óbito, recebeu transplante ou no caso de uma contra-indicação clínica. Assim, se o paciente apresentar alguma contra-indicação à realização do transplante, o médico deverá enviar um termo apresentando o pedido de desligamento temporário ou permanente e o motivo. Quando o paciente, depois de inscrito, se recusa a ser submetido ao transplante, ele deverá fazer uma declaração explicitando sua vontade, assinando-a. Todos esses documentos são encaminhados à Central Estadual de Transplantes de Minas Gerais, anexados à documentação do paciente e arquivadas em pastas específicas de acordo com o desfecho clínico declarado (transplante, óbito, ou desligamento).

Segundo os Critérios de Distribuição versão do programa SNT 5.0 (2005), a lista de receptores de rim será rodada considerando o cadastro das UFs pertencentes a região geográfica onde está o doador. Os critérios de exclusão previstos são: só concorrerão os receptores com Status “Ativo”, elimina os receptores com ABO incompatível e receptores com data do soro maior que 91 dias. Os critérios de pontuação incluem HLA por *Mismatch*, UF, Regional, Sistema ABO, PRA, Urgência, Faixa etária, tempo de espera em lista. A Resolução MS/SS - 145, de 14-12-2001, dispõe sobre a alteração da Seleção dos receptores potenciais para transplante de rins removidos de doadores cadavéricos (Anexo IV).

Dificuldades e perspectivas de acesso ao transplante renal

Os entrevistados identificaram como barreiras de acesso ao transplante, desde obstáculos enfrentados pelos portadores de doença renal nos diversos níveis de atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade) até o processo de captação e distribuição de órgãos.

Dificuldades de acesso ao transplante renal no SUS: da prevenção à atenção básica, média e alta complexidade.

As medidas de promoção da saúde e prevenção da insuficiência renal foram apontadas como escassas no município de Belo Horizonte/MG. Soma-se, a isso, a falta de capacitação dos profissionais da atenção básica para detecção precoce, acompanhamento, monitoramento e controle dos principais grupos de risco para a doença renal.

“Se não me engano, nós somos o terceiro ou quarto país a liberar diálise, isso é um número muito grande, mas estamos num país pobre e não tem acesso nem ao diagnóstico, morre-se sem saber...A maioria não vai chegar nem a fazer, mas a gente poderia diminuir a morbidade e até mortalidade, se a gente fizesse uma prevenção, um controle maior e isto parte da porta de entrada que é posto de saúde.”

“O acesso aqui em Belo Horizonte é muito fácil para diálise, mas isto não é resposta gente... Então a gente tem que prevenir isto aí, tratar, se ele tiver um quadro mais leve de insuficiência renal, tentar retardar a entrada na diálise, a idéia é ele fique vivo e não 50% continue morrendo como a gente vê na literatura e no dia-a-dia né...”

As falhas no diagnóstico precoce e no tratamento imediato nas fases iniciais da doença tem ocasionado um encaminhamento tardio do paciente portador de DRC ao nefrologista, o que ocorre já na fase terminal da doença, inviabilizando um tratamento conservador que poderia evitar ou retardar a entrada em terapia de substituição renal. Segundo relatos, a maior parte dos portadores de IRC (80%) em Belo Horizonte, chega aos serviços de saúde pela urgência e emergência, em momentos de graves complicações da doença renal. Essa situação tem demonstrado que a assistência aos principais fatores de risco para a DRC (diabetes e hipertensão arterial) não está ocorrendo de forma satisfatória.

“A grande maioria que entra na diálise é o que? De urgência, aí você pergunta para o médico: e aí tinha alguma coisa? Ah não sei, chegou aqui estava com uréia e creatinina alta, não tem mais nada. E o paciente não te informa mais nada... Então, não existe aquela profilaxia, aquele controle, do paciente de risco que tem que ser controlado, avaliado. Não existe isto ainda, mas isto não é só no Brasil, não... Os ambulatórios não têm Centro de Referência em nefrologia, que é previsto na RDC.”

Dessa forma, como grande parte dos pacientes chegam às TRS em condições clínicas deterioradas, isso dificulta sua pronta indicação para inclusão na lista de transplante.

Depois do acesso à diálise, o próximo dificultador ao transplante renal mencionado foi a realização dos exames pré-transplante pelos pacientes na rede pública de saúde, devido às dificuldades na marcação de consultas com especialistas, principalmente, para a avaliação cardiológica e urológica. Uma das razões apontadas foi a falta de remuneração específica para o médico da Unidade de Diálise realizar essa avaliação do paciente, por isso é encaminhado ao centro de saúde, onde a espera é considerada longa e, conseqüentemente, delongando sua inscrição na lista para o transplante.

“Um dos grandes dificultadores é a questão do pagamento dos procedimentos... Isso foi um erro do Ministério da Saúde, porque quando foram alterados os valores dos procedimentos relacionados ao transplante para incentivar o crescimento dessa atividade, ele só legislou sobre o procedimento, aumentou o valor do procedimento e aumentou o valor do pagamento do controle pós-transplante.”

Conforme relatado, foi assegurada a remuneração do processo de realização da cirurgia de transplante, desde as atividades de busca ativa de doador, as intercorrências até o acompanhamento pós-transplante. Entretanto, o atendimento ao paciente na média e alta complexidade, as consultas e exames para sua avaliação, chamados de processo “pré-transplante”, não tiveram uma legislação específica.

“...o paciente portador de doença renal precisa de vários exames, consultas. O prestador quer transplantar, porque o procedimento é bem remunerado... Mas, o paciente pré-transplante gera toda uma avaliação e o prestador não tem como pagar a consulta para ele. Não é porque não se paga a tabela do SUS, se paga, só que a tabela do SUS é mal remunerada, então eles não têm interesse em fazer esses exames, aí o município acaba ficando com todo o ônus da realização de todos os exames pré-transplante”.

Esse obstáculo compromete a integralidade do cuidado e, principalmente, o acesso equânime ao transplante renal, posto que os pacientes que possuem planos privados de saúde, por terem menos dificuldade na obtenção de consultas e exames de média e alta complexidade, se inscrevem mais rápido na lista e podem, também, manter seus exames atualizados com mais facilidade.

“A própria dificuldade de atendimento no sistema público acaba privilegiando entre aspas um paciente de plano privado em relação ao do SUS, porque, é a facilidade, ele consegue fazer os exames para uma avaliação muito mais rápida do que o outro. Então, a questão da igualdade, aí, não tá sempre privilegiada.”

Foi apontada, também, a necessidade de uma maior observação aos critérios de contra-indicação para inscrição do paciente por parte das Unidades de Diálise.

“Até pouco tempo atrás, era assim: o paciente pôs o pé na diálise, na mesma semana, já tinha inscrição no MG. HLA não é um exame barato, painel, ele faz o transplante e daqui há 3 meses, faz estenose, tuberculose... Têm pacientes com 80 anos inscrito, sem a menor condição de passar por um procedimento cirúrgico como esse”

Isso tem gerado um crescimento acelerado da lista de espera nos últimos anos e, às vezes, até dificultando o processo de seleção do receptor com a agilidade necessária:

“Tem vezes que ligamos para o médico responsável para perguntar sobre as condições do paciente para participar da prova cruzada e ouvimos: ele está internado, ele não quer mais, está com infecção... E aí, temos que ir selecionando outros receptores, isto toma tempo.”

“Hoje, MG tem 3.200 pessoas na fila, a lista de rim está é superfaturada. A literatura fala, que 30 a 35% dos pacientes em hemodiálise é que têm condições de transplantar. Nós temos serviço de hemodiálise para 100% dos pacientes do SUS.”

Dificuldades na captação e distribuição de Órgãos

Após o processo de inscrição do paciente, a próxima fase é a espera por um órgão. A baixa oferta de órgãos é uma das justificativas para as baixas taxas de transplante. Apesar da existência de algumas campanhas publicitárias nesse sentido, estas foram avaliadas como isoladas e ocasionais,

atingindo um público restrito, não cumprindo sua função de informação e sensibilização da sociedade para a importância da doação:

“A doação de órgãos não faz parte do cotidiano, da cultura do brasileiro... O desconhecimento, ainda, é muito grande... Culturalmente, no Brasil, a gente vê que a doação é... parece até em jornal né, porque é tão raro, que quando alguém doa alguma coisa vai até para o jornal.”

Foram observadas diversas opiniões quanto a essa questão. A maioria acredita no potencial e necessidade de campanhas de sensibilização para a população, mas alguns depoimentos indicam que o maior problema é a dificuldade de se captar órgãos de potenciais doadores:

“Temos que trabalhar mais a sociedade para doar. Mas este não é o único problema... É que não está se abordando as famílias.”

“Ah sociedade que não doa, meu hospital não tem perfil de doadores, tudo isso para justificar que o sistema não está conseguindo fazer seu serviço...”

“...10% dos óbitos de qualquer hospital são potenciais doadores, no mínimo nós vamos pegar 5%. Vamos então, temos que abordar 100%, porque doa! Temos que desmistificar isso, porque todo mundo doa. Não estamos dando o direito das famílias doarem. Não estamos dando oportunidade das pessoas fazerem o bem”.

Em relação ao sistema de captação de órgãos, a maior dificuldade relatada foi a subnotificação dos hospitais, mesmo na vigência do protocolo de morte encefálica. Nota-se dificuldades por parte dos médicos neurologistas em assinar a declaração de morte encefálica. Foi relatado um despreparo dos clínicos, principalmente dos intensivistas, em reconhecer um provável doador de órgãos, tornando o processo de diagnóstico e notificação de morte encefálica lento, o que contribui para a ineficácia da captação. A formação dos alunos de medicina foi apontada como deficitária em relação aos transplantes, pois a grade curricular da graduação não enfatiza a importância da doação e o processo de captação e distribuição dos órgãos.

Outro fator contribuinte mencionado para o desempenho insuficiente da atividade de captação de órgãos foi o funcionamento não efetivo das Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos para Transplantes (CIHDOTT).

“Onde estão os doadores? Nos hospitais, CTI's ou pronto-socorro! As CIHDOTT's têm que começar a atuar. Elas que têm que avisar quando tem potencial doador, manter o potencial doador em boas condições. Dá trabalho,

tem uma série de procedimentos para manter o doador, mas é assim que esse 'morto' vai salvar outras vidas.. se as Comissões estivessem funcionando bem nós teríamos um número de notificações, um número de potenciais doadores muito maior... É preciso que as comissões hospitalares funcionem, que elas notifiquem mais, se não tivermos notificações não tem transplante.”

A manutenção de um doador cadáver requer uma estrutura mínima necessária. Foram apontadas dificuldades estruturais para essa manutenção:

“Tem CTI's aí que tem três pacientes para ir pra lá e você tem um com morte encefálica, este paciente acaba ficando em segundo plano né, porque tem outros ali fora que precisam daquela vaga. Então a questão da doação é um processo que pode demorar um pouco. Então é, o contexto ele é grande, você teria que atuar em várias áreas até chegar o nível do profissional ali.”

Propostas de enfrentamento

Observa-se que existe uma preocupação não somente com a realização de números suficientes de transplantes para atender a demanda mas, também, com ações de prevenção e promoção da saúde.

“Você tem que ter as duas coisas, você tem que ter uma estrutura boa, você tem que ter uma prevenção boa. Não adianta, ah vamos fazer transplante, mas só tá aumentando o número de pacientes doentes. Não é que eu ache que não tem que existir transplante, tem sim! É um tratamento de primeira linha para a insuficiência renal, só que você tem investir em transplante e tem que dar remédio, tem que controlar o diabetes, porque senão não adianta fazer porque é bonitinho e a base não tá controlada. Eu acho que são duas coisas prioritárias, eu fico na dúvida, o que é mais prioritário, talvez seja a prevenção...”

Os profissionais entrevistados sugeriram um maior investimento na qualificação da atenção básica prestada ao paciente portador de doença renal, visando a identificação de grupos de risco, controle de fatores de risco (obesidade, diabetes e hipertensão) e diagnóstico precoce, o que poderia evitar ou prolongar o tempo até a entrada em TRS.

“Não adianta aumentar diálise, aumentar diálise, o número que pacientes vai aumentar também, você tem que aumentar a prevenção para diminuir o número de pacientes e a população brasileira tá envelhecendo e então já é normal do envelhecimento a queda da função renal, somada a isto vem a

hipertensão, o diabetes aumento de peso, então vai chegar um momento que ninguém vai dar conta. Se o transplante não aumentar também, não vai ter vaga para todo mundo. Porque aumenta o número de diálise, mas você pretende melhorar a qualidade de vida...”

“O clínico, que eu acho que tinha que ser o médico mais importante, o bom clínico. Um bom clínico faz muita coisa, previne muita coisa, trata muita coisa, então acho que isto é o básico. Então, fazer treinamento desse pessoal gente, o que é paciente de risco, diabético, hipertenso, obeso, tem paciente com insuficiência renal, tudo isto é fator de risco. Então esses pacientes tinham que ser prioridade né.”

Quanto à realização dos exames pré-transplante, uma das opções apontadas seria a responsabilização do próprio Centro Transplantador por esses exames e todo o processo necessário para a avaliação clínica de seu paciente vinculado.

No que se refere à captação, foi sugerida a reserva de leitos nos hospitais especificamente para a manutenção do doador, em um espaço fora do Centro de Terapia Intensiva (CTI). Ainda, em relação à captação, foi verificada a necessidade de sensibilização da população por meio da mídia e de ações educativas, para o processo de doação de órgãos. As campanhas publicitárias deveriam ser permanentes, direcionadas para a população geral e também para universidades e associações médicas. Em relação à abordagem da família, faz-se necessário o seu adequado esclarecimento quanto ao processo da doação e os procedimentos cirúrgicos envolvidos.

“Outra medida de extrema importância é a sensibilização das pessoas, cada um saber da importância de já ir em vida, pensando na doação de órgãos, se é favorável se é contra, esclarecer os familiares, deixar isso claro: olha, eu se acontecer alguma coisa, eu sou favorável a doação de meus órgãos...Se a família já tem uma posição do desejo do doador fica muito mais fácil o consentimento.”

“Melhorar a captação de órgãos e a qualidade do transplante depende de estrutura muito maior, cultural, de investimento. Tem que ser uma luta da sociedade como um todo.”

Em relação à distribuição dos órgãos, foi sugerido algumas mudanças nos critérios de seleção do receptor, por exemplo, valorizar mais o tempo de espera do paciente, já ele conta apenas 0, 0028 pontos por dia (aproximadamente 1 ponto por ano), em detrimento do HLA A:

“...a compatibilidade DR é mais importante, B também, mas o A nem tanto. Então, tira o HLA A e põe o tempo de espera com um peso maior...”

Foi sugerido a elaboração de estratégias para o acompanhamento pós-transplante do receptor e também de seu doador, já que esse pode ser um potencial portador de doença renal. Além disso, foi sugerida a criação e alimentação contínua de bases de dados sobre as condições do receptor pós-transplante que forneçam indicadores confiáveis de morbidade, mortalidade e sobrevida.

6 DISCUSSÃO

Perfil dos pacientes inscritos na lista de espera para transplante renal

A população do estudo apresentado era em sua maioria do sexo masculino, confirmando dados internacionais e nacionais. Entretanto, enquanto em estudos internacionais a idade média do paciente no início do tratamento dialítico foi maior que 50 anos (TONELLI et al, 2006; ONISCU et al., 2003; WINKELMAYER et al., 2002), neste e em outros estudos nacionais, a idade foi menor (CUNHA et al., 2007; SANTOS, 2006; MORSCH et al., 2005; D'ÁVILA et al., 1999). Isso demonstra que os nossos portadores de IRC estão iniciando a TRS mais jovens que nos países desenvolvidos. Uma possível explicação pode ser atribuída ao fato da população desse estudo ser constituída por pacientes inscritos em lista de espera que, em geral, são mais jovens, sendo que os pacientes mais velhos apresentam menor probabilidade de serem inscritos (CUNHA et al., 2007) e passam maior tempo em diálise antes da entrada na fila de espera (ONISCU et al., 2003).

Nossos pacientes têm iniciado a TRS em faixa etária potencialmente produtiva, justificando a sua baixa participação no mercado de trabalho. Observou-se que mais de 80% deles não possuíam uma atividade profissional no momento da inscrição para transplante. Essa mesma tendência é observada em outros países, pois grande parte dos pacientes, ao iniciarem a diálise, abandonam o mercado profissional (Van MANEN et al., 2001).

A maioria dos indivíduos analisados era da cor branca, em conformidade com dados encontrados por Sesso et al. (2007) para a cidade de São Paulo/SP e D'ávila et al. (1999), mas contrastante com os apresentados por Santos (2006) em Sobral/CE. A diversidade étnica nacional dificulta estabelecer padrões relacionados à cor da pele em nosso país, conseqüentemente, dificultando a coleta desse dado.

Dos pacientes na fila de espera para transplante de rim em Belo Horizonte, 6,7 % já haviam realizado transplante renal anteriormente. Não foi possível avaliar o tempo de sobrevida do enxerto desses pacientes, pois eles foram transplantados em período anterior ao estudado. Segundo Garcia (2000), dos pacientes transplantados, 10% a 20% voltam à diálise no 1º ano e em torno de 3% a 5% retornam anualmente à diálise após o 1º ano e, portanto à lista de espera.

Nos países desenvolvidos e em alguns da América Latina, a causa mais frequente de doença renal é o diabetes (CUSUMANO et al., 2005; YEATES et al., 2004; WOLFE et al., 2000; AYANIAN et al., 1999). Entretanto, nesse estudo, as causas mais frequentes foram as glomerulonefrites, a hipertensão arterial e o diabetes. Esses resultados estão em conformidade com os relatados por Sesso (2006), Santos (2006) e em desacordo com Cunha et al.(2007), Morsch et al., (2005) e D'Avila et al. (1999). O perfil da população estudada pode justificar a maior presença de glomerulonefrites, pois a indicação para transplante ocorre menos para pacientes diabéticos e com doenças cardiovasculares, devido a maior presença de comorbidades (CUNHA, 2007). Sesso (2006) enfatiza que algumas glomerulopatias estão associadas com agentes infecciosos, o que torna essa causa de IRC mais comum em nosso meio, ao contrário do que ocorre em países mais desenvolvidos.

Apesar dos exames sorológicos serem pré-requisitos para a inscrição do paciente na lista, observou-se um alto percentual de dados ausentes para essa informação. Oliveira et al. (2005) relatam que a prevalência da infecção entre pacientes em diálise crônica é pouco acima de 3%, enquanto que hepatite C ocorre em aproximadamente 15% desses pacientes. Segundo esses autores, a prevenção e o uso de técnicas de isolamento têm contribuído para a redução da incidência dessas hepatites nos anos recentes.

Dos transplantes investigados nesse estudo, a maioria foi realizada com doador vivo (53,7%), em oposição aos 10% realizados na Europa e 30% nos Estados Unidos (OLIVEIRA et al., 2005).

A proporção de óbitos na fila de espera por transplante renal em Belo Horizonte foi de 15,6% em relação aos inscritos no mesmo período. Esses pacientes apresentaram o diabetes como causa mais frequente de IRC, o que é coerente com a menor sobrevida apresentada por esse grupo de pacientes (D'ÁVILA et al., 1999, BATISTA, 2005, SESSO, 2006). Segundo Sesso (2006), a taxa de mortalidade para pacientes com IRC tem se mantido constante apesar das melhoras técnicas. Talvez isso ocorra pelo fato de que esses avanços estejam sendo contrabalançados pela maior gravidade e idade dos pacientes que iniciaram tratamento nos últimos anos.

O acesso ao transplante renal

Têm sido relatadas diferenças no acesso ao transplante renal e disparidades semelhantes têm sido identificadas nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Europa (WOLFE et al., 2000; PURDY et al., 1999; SCHAUBEL et al., 2000; e MICELI et al., 2000). Uma sequência de potenciais barreiras existe ao longo do processo de acesso ao transplante, (ALEXANDER e SEHGAL, 1998). No estudo apresentado foi analisada a fase da inscrição até a realização do transplante.

O sexo é considerado um importante determinante do acesso à lista de espera por um transplante de rim, tendo as mulheres uma menor probabilidade de serem incluídas nessa lista do que os homens (ONISCU et al.; 2003; WOLFE et al., 2000). Outros resultados indicam a mesma tendência na distribuição de rim para transplante, apesar delas constituírem a maioria dos doadores vivos (KLASSEN et al. 2002; BLOEMBERGEN et al. 1997; GARG et al. 2000; WOLFE et al. 2000). Dentre as inferências feitas quanto a dificuldade das mulheres entrarem na lista de espera estão: as preferências da paciente, preconceito da equipe e médicos ou mesmo das famílias, fatores econômicos, atitudes e fatores interpessoais e dificuldades na interação paciente-médico-prestador. Há uma sugestão de que as mulheres teriam as mesmas condições de serem listadas antes do início da diálise, sendo o sexo, dessa forma, não preditor de acesso ao transplante renal. O provável motivo seria o fato das mulheres terem elevado nível PRA, induzido pela gravidez (AYANIAN et al., 1999). Nossos resultados não indicaram disparidades entre os sexos na realização do transplante, entretando como não foi avaliado a entrada na lista, não se pode afirmar que esse resultado permaneceria o mesmo. Uma hipótese é que a barreira possa estar antes da entrada na lista, já que alguns estudos apontam que, uma vez na lista de espera, as mulheres apresentaram probabilidades similares aos homens de receberem um transplante. Isso pode sugerir que o sistema de alocação de órgãos teria eliminado diferenças entre os sexos. Estudos avaliando a entrada na lista de espera são necessários para confirmar se essa disparidade, no Brasil, existe anteriormente à realização do transplante (ONISCU et al.; 2003; THAMER et al., 1999).

Nesse estudo, os indivíduos que foram transplantados eram mais jovens do que os não transplantados e uma maior porcentagem de pessoas idosas estavam entre aquelas que não conseguiram o transplante. Em vários países e regiões foi observado que dentre as desigualdades demográficas no acesso ao transplante de rim, a idade é uma das maiores barreiras, ou seja,

peessoas mais velhas têm menores chances de entrar na lista de espera e de obter um transplante (ONISCU et al. 2003; CHAPMAN et al. 2003; USRDS 1997; WOLFE et al. 2000; KASISKE e al., 1998). O aumento da idade do paciente é associado com a redução da probabilidade de realização do transplante (ONISCU et al., 2003 e CUNHA et al., 2007). Dentre as possíveis explicações, estão as condições clínicas de um paciente mais velho e a maior presença de comorbidades ou outras condições clínicas que contra-indicam a realização do transplante. É relatado, também, que pessoas mais velhas preferem permanecer na diálise do que se submeterem a um transplante (GORDON, 2001). Uma outra razão possível é o fato dos pacientes idosos terem maior dificuldade para conseguirem um doador vivo (USRDS, 1997). Esse estudo não pôde avaliar a presença de comorbidades devido a ausência desse dado. No Brasil, embora a idade não seja um critério absoluto de contra-indicação para a realização do transplante, essa diferença observada mostra que ela pode estar constando como um importante critério de ranqueamento na lista de espera do transplante renal para a escolha do indivíduo (CUNHA et al., 2007).

Apesar das diferenças raciais ou étnicas serem conhecidas como importantes determinantes do acesso ao transplante renal, nossos resultados não apontaram diferenças significativas entre cor, apesar de mostrarem uma maior porcentagem de pessoas não brancas entre aquelas que não conseguiram o transplante. Estudos realizados nos Estados Unidos, Austrália, Canadá e Nova Zelândia mostraram que, nesses países, as minorias étnicas apresentam uma menor probabilidade de conseguirem um transplante renal (O'HARE et al., 2006; SEQUIST et al., 2004; AYANIAN et al., 1999; OZMINKOWSKI et al., 1997, TONELLI et al., 2004, CASS et al., 2004, YEATES et al., 2004). No Brasil, a definição de cor/raça é muito complexa devido a sua diversidade étnica, portanto, pode não ser um parâmetro que consiga captar as prováveis diferenças. Uma outra hipótese é que os grupos minoritários não tenham conseguido ultrapassar as barreiras anteriores de acesso aos serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade, não conseguindo chegar até o momento da inscrição ou preferindo a hemodiálise como TRS. Essa justificativa se apóia na constatação em outros países de que esses grupos têm reduzido acesso a cuidados primários, unidade e centros transplantadores; altas taxas de comorbidades; menor conhecimento sobre transplante; preconceitos sobre a cirurgia e suas conseqüências; o desconhecimento das vantagens de registro precoce; além de questões culturais e econômicas (ONISCU et al., 2003; MICELI et al., 2000; EPSTEIN et al., 2000; THAMER et al., 1999; ALEXANDER e SEHGAL, 1998; KASISKE e al., 1998; OZMINKOWSKI et al., 1998).

No Brasil, a cor/etnia tem sido associada a níveis socio econômicos, mostrando que grupo étnicos minoritários têm menor status sócio econômico, baixa escolaridade, baixa renda e não são cobertos por plano privado de saúde, fatores. Nosso estudo mostrou uma maior proporção de pacientes transplantados entre os residentes de áreas de maior nível sócio-econômico.

Nossos achados apontaram uma maior prevalência de pacientes submetidos ao transplante pertencentes ao grupo sanguíneo “A”, sendo o “O” mais comum entre aqueles que não receberam o transplante renal. Os tipos sanguíneos AB e B estão associados a maiores taxas de transplante, em oposição a uma menor probabilidade dos pacientes do grupo O (THAMER et al., 1999; USRDS, 1999; KASISKE et al., 1998). Estudos mostram que nos Estados Unidos pacientes de tipo sanguíneo “O” têm um tempo maior de espera em relação aos outros grupos em decorrência do fato deles doarem para receptores não “O” (USRDS, 1999).

Quanto à atividade profissional, as pessoas que realizaram transplante, neste estudo, eram mais ativas profissionalmente (28%), comparativamente àquelas que não foram submetidas a esse procedimento (14%). Segundo Kasiske et al. (1998), pacientes em tratamento dialítico que estão inseridos no mercado de trabalho e têm maior jornada laboral, apresentam mais chance de serem transplantados. Isso seria resultante, provavelmente de melhores condições clínicas apresentadas por esses pacientes. Alguns estudos demonstram o efeito da insuficiência renal crônica sobre a empregabilidade dos pacientes. Nos Estados Unidos, por exemplo, a porcentagem de indivíduos empregados que têm IRCT em idade ativa se situa entre 11% a 31% (CURTIN et al., 1996). Após o início do tratamento em diálise, a taxa de participação no mercado de trabalho desses pacientes cai, uma vez que suas atividades ficam mais restritas, devido ao longo período de tempo que o procedimento requer. Isso, muitas vezes, inviabiliza o exercício de atividades profissionais e pode influenciar as decisões de participação no mercado de trabalho e/ou alocação de tempo para o trabalho. Nos Registros da Central de Transplantes do Estado do Rio Grande do Sul, 62% dos pacientes, inscritos na lista de espera para transplante renal, não exerciam atividade profissional e 52% estão na faixa etária de 18 a 50 anos (GODOY et al., 2006).

Um maior tempo em diálise antes da realização do transplante tem sido correlacionado com maior morbidade e menor probabilidade de ser transplantado (ONISCU et al., MORSCH et al., 2005). Nossos resultados estão de acordo com esses achados, na medida em que os pacientes que submetidos ao transplante apresentaram um menor período de tempo entre o início da diálise e

sua inclusão na lista de espera. Esses dados sugerem que pacientes com IRCT poderiam ser submetidos ao transplante renal o mais breve possível, evitando a deterioração de sua condição clínica.

Nossos resultados mostraram um menor número de diabéticos entre os pacientes que obtiveram um transplante renal. Segundo Cunha et al. (2007), o diabetes aparece em estimativas como forte limitador do transplante, seguido da hipertensão arterial, patologias altamente prevalentes em idosos, o que corrobora para a hipótese de que idosos e diabéticos teriam menos chance de serem transplantados. Os pacientes com diabetes apresentam uma menor taxa de acesso a lista de espera e à realização do transplante, devido a comorbidades adicionais e mais severas, limitando sua sobrevivência e, provavelmente, o acesso ao transplante renal (ONISCU et al., 2003). Sesso (2006) acrescenta que, no Brasil, pacientes diabéticos, na maioria das vezes, morrem antes de atingir a IRC em sua fase terminal.

Foi observado um maior número de pacientes que já tinham realizado um transplante renal anteriormente, entre aqueles que não conseguiram ser transplantados. Pacientes que estão realizando o primeiro transplante renal têm mais probabilidade de serem incluídos na lista de espera, provavelmente por possuírem melhores condições clínicas do que aqueles que já realizaram o procedimento anteriormente e apresentaram uma rejeição (KASISKE et al., 1998).

Thamer et al. (1999) mostraram que o fato do paciente apresentar um menor PRA está associado a um menor tempo na lista de espera por um rim. Segundo esses autores, os indivíduos que têm uma reatividade >80 apresentam uma redução de 73% na chance de ser transplantado. Nossos resultados mostraram que os pacientes transplantados apresentaram uma reatividade menor do que aquela do grupo que não obteve o transplante. Múltiplas transfusões, gravidezes e transplantes podem levar à sensibilização dos pacientes que passam a desenvolver aloanticorpos contra antígenos de superfície das células alogênicas, principalmente contra as especificidades HLA (OLIVEIRA e SELL, 2002). Contrariando esses dados, o número de transfusões e gravidezes de nossos pacientes não foram distintos entre os grupos estudados.

O acesso ao transplante renal tem sido associado, ainda, às características do centro transplantador como: tamanho, volume de inclusões na lista, aspectos organizacionais e treinamento dos seus profissionais em relação ao transplante. O fato da unidade de diálise do

paciente estar situada em um hospital com centro transplantador, bem como o o grande volume de inscrições desse na lista têm sido associados a maior probabilidade de inclusão e menor tempo espera (ONISCU et al., 2003; ALEXANDER e SEHGAL, 1998; KASISKE et al., 1998). Nossos resultados mostraram que os 3 maiores centros transplantadores possuem unidades de diálise. A unidade de diálise que apresenta um maior volume de pacientes inscritos, apesar de não estar situada em um hospital com centro transplantador, apresentou uma maior proporção de pacientes transplantados.

Dificuldades e perspectivas de acesso ao transplante renal

No Brasil, analistas observam que as várias providências de caráter técnico e político implementadas nos últimos anos não foram suficientes para promover o crescimento da atividade transplantadora no país (Coelho, 1996). Em Belo Horizonte verificou-se que, apesar do aumento das taxas de transplante renal, a oferta de órgãos ainda não é adequada para suprir a demanda. O reflexo disso é a longa fila de espera e uma maior porcentagem de doações oriundas de doadores vivos.

Coelho (1996) constatou que, nos últimos vinte anos, a diálise cresceu num ritmo maior do que o transplante e aponta as regras de financiamento do sistema de saúde como responsáveis pela dificuldade de se alterar a relação discrepante entre o número de transplantes e tratamentos dialíticos. Essas regras representam um obstáculo à integração entre os recursos destinados ao tratamento dos doentes renais crônicos.

Essa fragmentação na remuneração dos procedimentos, também foi apontada nesse estudo como um dos dificultadores de acesso ao transplante renal por privilegiar o ato cirúrgico, não considerando todo o processo necessário à sua realização. A instituição das Portarias 92 de 23 de Janeiro de 2001 e 1117 de 1º de Agosto de 2001, com o objetivo de incentivar a atividade transplantadora, asseguraram a remuneração da realização do transplante e do acompanhamento pós-transplante. No entanto, não foi garantido esse mesmo incentivo aos procedimentos relativos à avaliação clínico-laboratorial, anteriores e necessários à habilitação do paciente para inscrição e, posteriormente, a realização do procedimento cirúrgico.

Os nossos resultados indicaram como os dois principais entraves à uma política de equidade no sistema transplantador: i) a dificuldade de acesso do portador de doença renal a serviços de atenção básica e média complexidade e ii) a atividade de captação de órgãos.

Pode-se inferir que primeira dificuldade seja resultante de falhas em diagnosticar precocemente e tratar os pacientes portadores de DRC nos serviços de atenção básica. Para o paciente já na fase terminal da doença (IRC) em diálise, um dos maiores obstáculos ao acesso ao transplante renal seria a realização da avaliação clínico laboratorial, o que pode estar relacionado à má remuneração para a realização desses exames.

Entre os obstáculos citados para a efetivação do processo de captação de órgãos destacam-se: a falta de estrutura dos hospitais para comprovar o diagnóstico de morte encefálica e para manter um potencial doador; conhecimento inadequado dos médicos responsáveis a respeito do protocolo de declaração de morte encefálica e da legislação pertinente aos transplantes e atraso na notificação da morte encefálica. Além desses, foi mencionada a atuação efetiva das CIHDOTT como de suma importância para aumentar o número de doadores efetivos. Com a Portaria 1.752/2005, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a formação destas em todos os hospitais, públicos, privados ou filantrópicos, com mais de 80 leitos. Entretanto, segundo relatos, essas Comissões, ainda, não têm mostrado uma atuação efetiva.

Vários estudos têm analisado a falta de órgãos disponíveis como empecilho para um crescimento maior da atividade transplantadora. Medina-Pestana(1992), Vaz (1993) e Santos et al. (2006) mostraram que não há carência de potenciais doadores, ao contrário, haveria quantidade suficiente de órgãos para permitir um significativo crescimento da atividade transplantadora, desde que o sistema de detecção e efetivação fosse eficiente para possibilitar que esses doadores potenciais se tornem efetivos. Fregonesi (2001) demonstrou dificuldades no processo de captação de órgãos, como a falta de agilidade no diagnóstico da morte encefálica e má qualidade dos órgãos. Garcia et al. (1994) mostrou que existem equipes médicas e capacidade instalada necessárias para sustentar o crescimento do transplante.

Nesse trabalho, foram mencionadas algumas sugestões para contornar as barreiras no acesso ao transplante renal em Belo Horizonte: i) controle dos fatores de risco para a DRC como obesidade, diabetes e hipertensão; ii) necessidade de maior investimento e qualificação da atenção básica

prestada ao paciente portador DRC, iii) responsabilização do Centro Transplantador ou da Unidade de Diálise por todo o todo cuidado pertinente à realização do transplante, desde a avaliação clínico-laboratorial até o acompanhamento pré-transplantes; iv) a reserva de leitos nos hospitais para a manutenção do doador, destinadas especificamente para essa função, em um espaço fora do CTI; v) necessidade de sensibilização da população para o processo de doação de órgãos e; vi) acompanhamento pós-transplante, não somente do receptor, mas também do doador, já que esse pode ser um potencial portador de insuficiência renal crônica.

Em virtude do grande custo social e repercussões sociais, psicológicas e de restrição de qualidade de vida do paciente submetido à diálise, aliados a carência de dados sobre a transplantes, a maior vantagem da realização deste estudo está na possibilidade de fornecer informações qualificadas que subsidiem a tomada de decisão dos gestores do SUS e o aperfeiçoamento de uma política que garanta a equidade no acesso ao transplante de rim.

A utilização de dados administrativos, cujo registro não tem como propósito seu emprego em atividades de investigação, podendo ter como limitação a ocorrência de incompletudes e inconsistências. Constatou-se uma grande quantidade de dados ausentes (como por exemplo dados referentes à sorologia e HLA) o que limitou as análises dessas variáveis. Foram utilizados apenas os dados dos pacientes inscritos na lista de transplante, não se considerando o universo dos pacientes submetidos às terapias renais substitutivas. Portanto, não se avaliou as fases de acesso às diálises e à lista de transplante. Dessa forma, não se pode afirmar que o universo de pacientes que necessitem de um transplante estejam representados nesta população. Sugere-se então, estudos futuros que focalizem toda a linha de cuidado, desde a passagem do paciente pela atenção básica até a realização do transplante. Estudos longitudinais prospectivos podem ser a melhor opção de desenho para uma avaliação mais completa do acesso ao transplante renal.

7 CONCLUSÃO

Nossos resultados sugerem que variáveis sócio-demográficas e clínicas influenciam o acesso ao transplante renal dos portadores de IRCT em Belo Horizonte, conforme tem sido apontado pela maioria dos investigadores desse tema.

Diante do estudo realizado, verifica-se que o acesso dos pacientes portadores de IRCT ao transplante, não é um processo que se resume, apenas na entrada na lista de espera até a obtenção de um rim. Pôde se perceber, a partir das análises quantitativa e qualitativa dos resultados, que suas barreiras começam antes da inclusão do paciente na lista, estando presentes desde a atenção básica, média e alta complexidade. Portanto, uma análise de acesso ao transplante não se deve resumir a apenas a um nível de atenção. Essa investigação é bem mais complexa do que a análise do tempo de espera, uma vez que todas as barreiras enfrentadas anteriormente se refletirão nesse momento. Dessa forma, sugere-se que estudos futuros focalizem uma análise desde a passagem do paciente pela atenção básica até a realização do transplante.

A equidade nos serviços de saúde deveria ser discutida tendo como referencial a integralidade no atendimento aos usuários. A equidade estará presente num sistema de distribuição de órgãos, se todos os pacientes tiverem as mesmas oportunidades de acesso aos serviços de saúde, desde o diagnóstico de sua doença até a sua opção pelo transplante e sua realização sem privilégios, considerando apenas as necessidades em saúde.

Considerando essa proposta, deve-se ter uma preocupação com um planejamento da assistência baseada na prevenção e diagnóstico precoce da IRC e não apenas no aumento do número de órgãos disponíveis para a realização do transplante. O crescimento das filas de espera pode estar refletindo a carência de medidas de promoção da saúde e prevenção da IRC. Esses aspectos precisam ser considerados para que uma política de transplantes possa produzir efeitos positivos e uma distribuição equânime de órgãos.

REFERÊNCIAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Disponível em www.abto.org.br. Acessado em 10/2005.

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Transplantes por ano e por doador. **Registro Brasileiro de Transplantes**, 12 (1), 2006.

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Transplantes por ano e por doador. **Registro Brasileiro de Transplantes**, 10 (2), 2004.

ACÚRCIO, F.A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12 (2): 233-242, 1996.

ALEXANDRER, G. C.; SEHGAL, A.. Barriers to cadaveric renal transplantation among blacks, women and poor. **Jama**, [S.1], 280 (13), 1998.

ALEXANDRER, G. C.; SEHGAL, A.. Variation in access to kidney transplantation across dialysis facilities: using process of care measures for quality improvement. **Am J Kidney Dis**, [S.1], 40 (4): 824-831, 2002.

AYANIAN, J.; CLEARY, P. D.; WEISSMAN, J. S.; EPSTEIN, A. M. The effect of patients' preferences on racial differences in access to renal transplantation; **N Engl J Med**, v. 341(22), p.1661-9, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BARROS, A. J.D. E BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7 (4): 709-717, 2002.

BLOEMBERGER, W. E.; MAUGER, E. A.; WOLFE, R. A.; PORT, F. K. Association of gender and access to cadaveric renal transplantation. **Am J Kidney Dis**, v.30 (6), p. 733-8, 1997.

BITTENCOURT, Z.Z. L. C. **Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados.** Tese de Doutorado. Campinas, SP: 139 p., 2003.

BOHLKE, M. COLLA, T.G., SILVEIRA, C.A., BARCELLOS, F.C. Análise de sobrevida do diabético em centro brasileiro de diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**; 24 (1): 7-11, 2002.

BRASIL. Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos. Relatório, Relator: Deputado Pastor Pedro Ribeiro, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) - Coordenação Geral de Alta Complexidade. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília, p.54, 2004b.

BRASIL. Resolução-RDC N.º 154, de 15 de junho de 2004. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Lei N.º 10.211 de 23 Março de 2001. Altera dispositivos da Lei N.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento “. DOU, Brasília, 2001.

BRASIL. Lei N.º 9.434 de Fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. DOU, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/index_gestor.htm >. Acessado em: 18/07/2006.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Avaliação do TCU sobre o Programa Doação, Captação e transplante de Órgãos e Tecidos/Tribunal de Contas da União. Brasília, 2006.

BRASIL, Portaria 1.752, de 23 de Setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos, 2005.

BRASIL, Portaria 1117 de 1º de Agosto de 2001. Altera os valores de remuneração dos procedimentos constantes da Portaria GM/MS nº 92, de 21 de janeiro de 2001, e integrantes da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, 2001.

BRASIL, Portaria 92 de 23 de Janeiro de 2001. Estabelece os procedimentos destinados a remunerar as atividades de Busca Ativa de Doador de Órgãos e Tecidos, 2001.

BRASIL. Sistema Nacional de Transplantes - SNT. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/transplantes/>> Acessado em: Jan/2007.

CARRASCO, P.T. Manual de Urologia: Transplante Renal. Universidad Católica de Chile. Disponível em: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualUrologia/TransplanteRenal.html> Acessado em 10/03/2006

CASS et al. Barriers to access by Indigenous Australians to kidney transplantation: The IMPAKT study. **Nephrology**, 9(1), S 4: S144-S146, 2004.

CHAPMAN, J; RUSS, G. Geographic variance in access to renal transplantation in Australia. **Transplantation Forum**. 76(9): 1403- 1406, nov/2003.

CHERCHIGLIA et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil. **Rev Méd Minas Gerais**, p. S83-S88, 2006.

COELHO, V.S.P Interesses e instituições na política de saúde. **Rev Bras de Ciências Sociais**, 13 (37): São Paulo, 1998

COELHO, V.S.P. **Interesses e instituições na política de saúde o transplante e a diálise no Brasil**. Tese de Doutorado, 210 p., UNICAMP, Campinas, 1996.

COLLINS, J.; METCALF, P. Access to dialysis in New Zealand renal services. **The New Zealand Medical Journal**, 116 (1175), Jun 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Transplante renal: doador e receptor. Projeto Diretrizes, 17 p. 2006. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes_sociedades.php. Acessado em 11/2006.

CUNHA, J.P., CUNHA, R.E.. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: Campos, F.E. et al. Planejamento e gestão em saúde. **Cadernos de Saúde**, Coopemed-BH, 1:13-25, 1988.

CURTIN, R.B.; OBERLEY, E.T. e SACKSTEDER, P. Friedman a Differences Between Employed and Nonemployed Dialysis Patients. **Am J Kidney Disease**, 27 (4): 533-540, 1996.

CUNHA, C.B., LEON, A.C.P., SCHRAMM, J.M.A., CARVALHO, M.S., SOUZA, P.R.B., CHAIN, R. Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (4): 805-813, 2007.

CUSUMANO, A.M.; GIOIA, C.D.; HERMIDA, O.; LOVORATO, C.. The Latin American dialysis and renal transplantation Registry Annual Report 2002. **Kidney Internacional**, [S.1], 68 (97): S46-S52, 2005.

D'ÁVILA, R.; GUERRA, E.M.M.; RODRIGUES, C.I.S.; FERNANDES, F.A.; CADAVAL, R.A.M.; ALMEIDA, F.A. Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 21 (1): 13-21, 1999.

DONABEDIAN, A. The Seven pillar of quality. **Arch of Patology and Laboratory Medicine**, Chicago, 114: 1115-1118, 1990.

EGGERS, P.W. Effect of transplantation on the Medicare end-stage renal disease program. **N England Journal Med**, 318: 223-229, 1988.

ELLISON, M. D. et al. Geographic differences in access to transplantation in the United States. **Transplantation Forum**, 76 (9): 1398-1394, nov/2003.

EPSTEIN, A. M.; AYANIAN, J. Z.; KEOGH J. H.; NOONAN S. J.; ARMISTEAD N, et al. Racial disparities in access to renal transplantation- clinically appropriate or due to underuse or overuse? **N Engl J Med**, 343 (21):1537-44, 2000.

EUROPEAN RENAL ASSOCIATION-EUROPEAN DIALYSIS AND TRANSPLANT ASSOCIATION. European best practice guidelines for renal transplantation (Part I). **Nephrol Dial Transplant**; 15 (Suppl 7): 3-83, 2000.

EVANS R., MANNINEN, D., GARRISON, L., HART, L., BLAGG, C., GUTMAN R., HULL, A., LOWRIE, E. The quality of life of patients with end-stage renal disease. **N England Journal Med**, 312: 553-559, 1985.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, S.W.S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 32 (4): 352-60, 1998.

FREGONESI, A. Meta é tornar pessoas sensíveis à causa, 2004. Disponível em http://www.cpopular.com.br/cenarioxxi/conteudo/mostra_noticia.asp?noticia=1390604&area=2259&authent=218326B9D889AB26482172DF42ACED. Acessado em 14/03/2006.

FREGONESI, A. **Análise crítica da captação de órgãos para transplante na Organização de Procura de Órgãos da Universidade Estadual de Campinas**. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP, p. 122, 2001.

GARCIA, V. D. **Por uma política de transplantes no Brasil**. 1 ed. São Paulo, Office Editora, 2000.

GARCIA, V.D.; HOEFELMANN, N.; BITTAR, A.E.; GOLDANI, J.C. Coordenadoria de transplante do Rio Grande do Sul: análise de seis anos de atividade. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 16(3): 170-178, 1994.

GARG, P. P.; DIENER-WEST, M.; POWE, N. P.. Reducing racial disparities in transplant activation : Who should we target? **Am J Kidney Dis**, [S.1], v. 37, n. 5, p. 921-931, 2001.

GARG, P. P.; FURTH, S. L.; FIVUSH, B. A; POWE, N. R. Impact of gender on access to the renal transplant waiting list for pediatric and adult patients. **J Am Soc Nephrol**, [S.1], 11: 958-964, 2000.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise**. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). Política de Saúde: o Público e o Privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 177-214, 1996.

GODOY, M. R.; NETO, G. B.; RIBEIRO, E. P. **Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil**. Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006 (Texto para discussão, n. 2006/1). Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A038.pdf>. Acessado em Fev/2007.

GORDON, E.J. Patient's decisions for treatment of end-stage renal disease and their implications for access to transplantation. **Social Science & Medicine**, 53: 971-987, 2001.

HARRISON, T.R.; FAUCI, A.S. **Medicina Interna**. 15 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002.

KASISKE, B.L. Race and socioeconomic factors influencing early placement on the kidney transplant waiting list. **J Am Soc Nephrol**, 9: 2142-2147, 1998.

KASISKE BL, RAMOS EL, GASTON RS, BIA MJ, DANOVITCH GM, BOWEN PA. et al. The evaluation of renal transplantation candidates: clinical practice guidelines. **J Am Soc Nephrol**, 6: 1-34, 1995.

KLASSEN, A. C.; HALL, A.G.; SAKSVIG, B.; CURBOW, B.; KLASSEN, D. K. Relationship between patient's perceptions of disadvantage and discrimination and listing for kidney transplantation. **Am J Public Health**, 92 (5): 811-817, 2002.

IANHEZ, L. E Transplante renal no Brasil: história, evolução e problemas atuais. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 16(1): 5-16,1994.

LEVCOVITZ, E L. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e saúde coletiva**, 6 (2): 269-291, 2001.

MANFRO et al. Transplante Renal. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, 47 (1): 14-19, 2003.

MARTINS Jr., J. S.; ALMEIDA, M. C. M.; ASSUNÇÃO, R. M.; BARRETO, S. M. **Construção de índice de vulnerabilidade à saúde para delimitação de áreas homogêneas: o caso de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 1998. 8p.

MEDINA-PESTANA, J. O; VAZ, M.L.S.; PARK, S. I.; GARCIA, V. D., ABBUD-FILHO et al. Organ transplantation in Brazil in the year 2002. **Transplantation Proceedings**, 36: 799-801, 2004.

MEDINA-PESTANA, J. O; VAZ, M. L.S.; DELMONTE, C.A.; CAVECCHIA, S.R.; PACHECO, M.; PIVETA, V.M. et al. Estimativa do número de potenciais doadores de órgãos na cidade de São Paulo. **Rev Ass Med Brasil**, 38 (2): 97-100, 1992.

MENDONZA-SASSI, R.; BERIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17 (4): 819-832, 2001.

MENDONZA-SASSI, R. et al. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 37 (3): 372-8, 2003.

MICELI, M. et al. Absence of economics barriers does not reduce disparities in the access to renal transplantation: A population based study in a region of central Italy. **Epidemiology Com Health**, 54: 157-158, 2000.

MG-Transplantes. Estatística anual dos transplantes realizados – 1992 a 2005. Fundação Hospitalar de Minas Gerais, Secretaria do Estado de Saúde, Belo Horizonte, 2005.

MG-Transplantes. Estatística anual dos transplantes realizados – 1992 a 2006. Fundação Hospitalar de Minas Gerais, Secretaria do Estado de Saúde, Belo Horizonte, 2006

MORSCH, C.; GONÇALVES, L.F.; BARROS, E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Rev Ass Med Bras**, 51 (5): 296-300, 2005.

NEUMANN, Jorge e KALIL, Jorge. Desenvolvimento dos transplantes renais no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 11, 3: 71-75, 1989.

NOBEL LECTURE, Joseph E. Murray, The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1990, Disponível em http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1990/murray-lecture.html Acessado em 11/2006.

O'HARE, A. M.; JOHANSEN, K. L.; RODRIGUEZ, R. A. Dialysis and kidney transplantation among patients living in rural areas of the United States. **Kidney Int**, 69(2): p.343-9, 2006.

OLIVEIRA, E.X.G et al. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S 298-S309, 2004.

OLIVEIRA, M.B.; JR, J.E.R.; ZATZ, R. End-stage renal disease in Brazil: Epidemiology, prevention, and treatment. **Kidney Int**, 68 (97): 82-86, 2005.

ONISCU, G.C. Equity of access to renal transplant waiting list and renal transplantation in Scotland: cohort study. **BMJ**, 327, nov/2003.

OZMIMKOWSKI, R. J.; WHITE, A. J.; HASSOL, A.; MURPHY, M. Minimizing racial disparity regarding receipt of a cadaver kidney transplant. **Am J Kidney Dis**, [S.1], 30 (6): 749-759, 1997.

OZMIMKOWSKI, R. J.; WHITE, A. J.; HASSOL, A.; MURPHY, M. What if socioeconomic made no difference? Access to a cadaver kidney transplant as an example. **Medical Care**, [S.1], 36 (9): 1398-1406, 1998.

PASSARINHO, L.E.V.; GONCALVES, M.P.; GARRAFA, V. Estudo bioético dos transplantes renais com doadores vivos não-parentes no Brasil: a ineficácia da legislação no impedimento do comércio de órgãos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, 2003 .

PERES, L.A.B. et al. Análise de sobrevivência de enxertos e receptores de 188 transplantes renais realizados na cidade de Cascavel, PR. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 25 (3): 133-141, 2003.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7 (4): 687-707, 2002.

PINHEIRO, R.S; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (3): 487-496, jul-set/1999.

PORT, F. WOLFE, R., MAUGER, E., BERLING, D., JIANG, K. Comparison of survival probabilities for dialysis patients vs cadaveric renal transplantation recipients. **JAMA**, 270: 1339-1343, 1993.

PURDY, A.; WILSON, R.; GODWIN, M.; MORTON, R.; TOFFELMIRE, E. Sex differences in renal transplantation in Canada. **J Wom Health Gend Based Med**, 8:631-5, 1999.

ROMÃO JR, J.E. et al. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 25 (4): 188-99, 2003.

ROMÃO JR, J.E. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação, 2004. Disponível: <<http://www.sbn.org.br>> Acessado em 04/2005.

ROUDOT-THORAVALL, F. et al. Geographic disparities in access to organ transplant in France. **Transplantation Forum**. 76 (9): 1385- 1388, nov/2003.

RUDGE, C.J. et al. Geographic disparities in access to organ transplantation in the United Kingdom. **Transplantation Forum**. 76 (9): 1395- 1398, nov/2003.

SALOMÃO, A. Atualização em transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 22(4): 244-248, 2000.

SANTOS, A.L.G.A.; SILVA, A.A.M.; SANTOS, R.F. Estimativa do número potencial de doadores cadavéricos e da disponibilidade de órgãos e tecidos para transplantes em uma capital do nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 28(1): 25-30, 2006.

SANTOS, P.R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev Assoc Med Bras**, 52(2):356-9, 2006.

SCHAUBEL, D.E.; et al.. Sex inequality in kidney transplantation rates. **Archives of Internal Medicine**, 160, 2349-2354, 2000.

SECRETARIA Municipal de Saúde, Belo Horizonte/MG. BH-Vida: Saúde Integral, Diretrizes para o avanço e articulação do processo assistencial na SMSA para o período 2003-2004, 2003. Disponível em <<http://www.pbh.gob.br/smsa/>> Acessado em 27/09/2005.

SECRETARIA de Estado de Saúde de Minas Gerais. Portaria N° 040 de 10 de fevereiro de 1999, Secretaria de Assistência à Saúde, 1999.

SECRETARIA de Estado de Saúde de Minas Gerais .Resolução nº 633, de 02 de Abril de 2001, Secretaria de Assistência à Saúde 2001.

SECRETARIA de Estado de Saúde de Minas Gerais .Regimento Interno do MG Transplantes, MG Transplantes, 2002.

SECRETARIA da Saúde do Estado de São Paulo. Compatibilidade HLA, Anticorpos e Você. Tradução e adaptação da página da *University of Michigan Medical Center Department of Pathology Histocompatibility Laboratory*. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/portal/05c9e084c89b06a700bf053feb42bca7.htm>. Acessado em 21/06/2006.

SEQUIST, T. D.; NARVA, A.S.; STILES, S. K.; KARP, S. K. K.; CASS, A. Access to renal transplantation among american indians and hispanics. **Am J Kidney Dis**, 44 (2): 344-352, 2004.

SESSO, R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção, Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 12 p., 2006. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/irc_prof.htm. Acessado em 1/2007.

SESSO, R.; SILVA, C.B.; KOWALSKI, S.C.; MANFREDI, S.R.; CANZIANI, M.E.; DRAIBE, S.A. et al. Dialysis care, cardiovascular disease, and costs in end-stage renal disease in Brazil. **Int J Technol Asses Health Care**, 23 (1): 1-5, 2007.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J.S.; COSTA, M.C.N.. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, 1999.

SISTEMA Nacional de Tranplantes. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/transplantes/>> Acessado em: out/2006.

SOCIEDADE Brasileira de Nefrologia. Desenvolvido por Silvia I. Abensur. Apresenta informações, produtos e serviços oferecidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/>> Acessado em nov. 2006.

TÁVORA, E.R.F. Uma breves história dos transplantes de rim em Belo Horizonte. Med On line, 2006. Disponível em <http://www.medonline.com.br/aparicio.htm>. Acessado em 09/2006.

TEIXEIRA, O.G.S. **Acesso aos procedimentos de alta complexidade no âmbito do SUS em Belo Horizonte/MG. O caso da utilização da quimioterapia e radioterapia por pacientes portadoras de câncer de mama residentes em Belo Horizonte, nos anos de 2000 e 2001.** 2003. 66f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

THAMER, M.; HENDERSEN, S. C.; RAYNF; RINEHART, C. S.; GREER, J. W.; DANOVITCH, G. M. Unequal access to cadaveric kidney transplantation in California based on insurance status, **Health Serv Res**, 34 (4): 879-900, 1999.

TONELLI, M. et al. Death and renal transplantation among Aboriginal people undergoing dialysis, **CMAJ**, September 14, 171 (6), 2004.

TONELLI, M.; KLARENBACH, S.; MANNS, B.; CULLETON, B.; HEMMELGARN, B.; BERTAZZON, S. et al. Residence location and likelihood of kidney transplantation. **CMAJ**, 175(5): p. 478-82, 2006.

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 5 (1): 133-149, 2000.

USRDS, United States Renal Data System. VII- Renal transplantation access and outcomes. **Am J Kidney Dis**, 30 (s.2/1): S118-27, 1997.

USRDS, United States Renal Data System. VII- Renal transplantation: access and outcomes. **Am J Kidney Dis**, 34 (s2/1): S95-S101, 1999.

USRDS, United States Renal Data System. VII- Renal transplantation: access and outcomes. **Am J Kidney Dis**, 32 (s1): S89-S97, 1998.

van MANEN, J.G et al. Changes in employment status in end-stage renal disease patients during their first year of dialysis. **Perit Dial Int**, 21(6): 595-601, 2001.

VAZ, M.L.S. **Estudo da necessidade de transplante de órgãos no Brasil e a disponibilidade de doadores.** Dissertação de Mestrado, 54 p., Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP, São Paulo, 1993.

WERNECK, M.A.F. **A Reforma Sanitária no Brasil.** In: Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, p. 45-51, 2003.

WOLFE, R. A.; ASHBY, V. B.; MILFORD, E. L.; BLOEMBERGEN, W. E.; AGODOA, L. Y. C. et al. Differences in access to cadaveric renal transplantation in the United States. **Am J Kidney Dis**, 36 (5): 1025-1033, 2000.

WINKELMAYER, W.C et al.. Late nephrologist referral and access to renal transplantation. **Transplantation**, 73(12):1918-1923, 2002

YEATES K.E.; SCHAUBEL D.E.; CASS A; SEQUIST T.D.; AYANIAN J.Z. Access to renal transplantation for minority patients with ESRD in Canada. **Am J Kidney Dis**, 44(6):1083-1089, 2004.

XUE, J. L. et al. Forecast of the number of patient with end-stage renal disease in the United States to the year 2010. **J Am Soc Nephrol**. 12: 2753-2758, 2001.

GRUPO: TRANSPLANTADOS

Nome do receptor: _____ Dt Nasc: __/__/__ CPF: _____			
Endereço _____		Bairro: _____ CEP _____	
Telefone _____		Cidade: _____ UF: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> M	Cor: <input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Negra	Profissão: _____
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Parda	Atividade Profissional: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
HLA: A _____	B _____	DR _____	DQ _____
A _____	B _____	DR _____	DQ _____
Qtd transfusões: _____		Qtd gravidezes: _____ PRA: _____	
Dt da última transfusão: __/__/__		Dt da última gravidez: __/__/__ Dta PRA: __/__/__	
Diagnóstico da IRC: _____		Diabetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Retransplante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Centro TX Vinculado: _____		Equipe TX Vinculada: _____	
Unidade de Diálise: _____		Dt inclusão na lista espera: __/__/__	
Data do Transplante: __/__/__		Fonte pagadora <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular	
Doador <input type="checkbox"/> Cadáver		Se doador cadáver, parentesco: _____	
<input type="checkbox"/> Vivo		Hospital Tx: _____	
SOROLOGIA DISPONÍVEL: Data			
Toxoplasmose		Chagas	
<input type="checkbox"/> negativo		<input type="checkbox"/> negativo	
<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> positivo	
Anti-HCV		CMV	
<input type="checkbox"/> negativo		<input type="checkbox"/> negativo	
<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> positivo	
HBsAg			
<input type="checkbox"/> negativo			
<input type="checkbox"/> positivo			

GRUPO: ÓBITOS

Nome do receptor: _____ Dt Nasc: __/__/__ CPF: _____			
Endereço _____		Bairro: _____ CEP _____	
Telefone _____		Cidade: _____ UF: _____	
Sexo: __M	Cor: __Amarela	__Negra	Profissão: _____
__F	__Branca	__Parda	Atividade Profissional: __Sim __Não
HLA:	A _____	B _____	DR _____ DQ _____
	A _____	B _____	DR _____ DQ _____
Qtd transfusões: _____		Qtd gravidezes: _____ PRA: _____	
Dt da última transfusão: __/__/__		Dt da última gravidez: __/__/__ Dta PRA: __/__/__	
Diagnóstico da IRC: _____		Diabetes: __Sim __Não	
		Retransplante: __Sim __Não	
Centro TX Vinculado: _____		Equipe TX Vinculada: _____	
Unidade de Diálise: _____		Dt inclusão na lista espera: __/__/__	
Data do óbito: _____		Causa: _____	
SOROLOGIA DISPONÍVEL: Data			
Toxoplasmose <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo		Chagas <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo	
Anti-HCV <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo		CMV <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo	
HBsAg <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo			

GRUPO: DESLIGADOS

Nome do receptor: _____		Dt Nasc: __/__/__		CPF: _____	
Endereço _____		Bairro: _____		CEP _____	
Telefone _____		Cidade: _____		UF: _____	
Sexo: _____		Cor: _____		Profissão: _____	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca		<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda	
				Atividade Profissional: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
HLA:		A _____		B _____	
		A _____		B _____	
		DR _____		DR _____	
		DQ _____		DQ _____	
Qtd transfusões: _____		Qtd gravidezes: _____		PRA: _____	
Dt da última transfusão: __/__/__		Dt da última gravidez: __/__/__		Dta PRA: __/__/__	
Diagnóstico da IRC: _____		Diabetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Retransplante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Centro TX Vinculado: _____		Equipe TX Vinculada: _____			
Unidade de Diálise: _____		Dt inclusão na lista espera: __/__/__			
Data do Transplante: __/__/__		Fonte pagadora			
		<input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular			
Doador		Se doador cadáver,		Hospital Tx: _____	
<input type="checkbox"/> Cadáver <input type="checkbox"/> Vivo		parentesco: _____			
SOROLOGIA DISPONÍVEL: Data					
Toxoplasmose		Chagas			
<input type="checkbox"/> negativo		<input type="checkbox"/> negativo			
<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> positivo			
Anti-HCV		CMV			
<input type="checkbox"/> negativo		<input type="checkbox"/> negativo			
<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> positivo			
HBsAg					
<input type="checkbox"/> negativo					
<input type="checkbox"/> positivo					

Roteiro de entrevista para profissionais da Comissão de Nefrologia da Coordenação e Regulação da Alta Complexidade da SMS de Belo Horizonte/MG.

Nome:

Contato:

Instituição:

- 1) Em geral, qual a trajetória percorrida pelo paciente portador de doença renal crônica nos serviços de saúde até a entrada em tratamento dialítico?
- 2) Como estão estruturados os serviços de saúde para atenção ao doente renal em Belo Horizonte?
- 3) Quais as principais dificuldades no atendimento ao portador de doença renal em Belo Horizonte? Quais suas sugestões?
- 4) Qual é o papel da Comissão de Nefrologia nos procedimentos pré e pós transplante renal?
- 5) Como funciona o Sistema de Lista Única para transplantes? Qual é o papel de vocês neste processo? Há alguma peculiaridade nos procedimentos realizados em Belo Horizonte ou Minas Gerais?
- 6) Como ocorre a troca de informações/dados entre a Comissão de Nefrologia e da Central Estadual de Transplantes (MG)?
- 7) Há a atualização dos dados dos pacientes que estão na fila de espera por um transplante renal? Qual o órgão responsável?
- 8) Em sua opinião quais as principais dificuldades enfrentadas na captação e distribuição do órgão para a realização do transplante renal? Quais as conseqüências disto?

Roteiro de entrevista para coordenadores da Central Estadual de Transplantes (MG/Transplantes).

Nome:

Contato:

Instituição:

- 1) Em geral, qual a trajetória percorrida pelo paciente portador de doença renal crônica nos serviços de saúde até a entrada em tratamento dialítico?

- 2) Como funciona o Sistema de Lista Única para transplantes? Quais os procedimentos para inscrição na Lista Única e os critérios? Há alguma peculiaridade nos procedimentos realizados em Belo Horizonte ou Minas Gerais?

- 3) Há a atualização dos dados dos pacientes que estão na fila de espera por um transplante renal? Qual o órgão responsável?

- 4) Qual é a função das Centrais de Notificação e Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e da Central Estadual de Transplantes (MG)? Como ocorre a troca de informações/dados?

- 5) E para a realização do transplante renal, como é o processo e os critérios de priorização a serem atendidos?

- 6) Em sua opinião quais as principais dificuldades enfrentadas na captação e distribuição do órgão para a realização do transplante renal? Quais as consequências disto?

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo pretende descrever o acesso ao transplante renal em Belo Horizonte/MG. Acredita-se que este possa fornecer importantes informações acerca do panorama geral da insuficiência renal e das TRS's, em Belo Horizonte/MG, bem como alguns fatores associados a realização do transplante. Os dados obtidos darão suporte a uma discussão sobre o princípio da equidade neste procedimento, contribuindo para a política de atenção ao portador de doença renal.

A sua colaboração será de extrema valia e constará de uma entrevista contendo questões abertas relacionadas ao processo regulatório e o fluxo assistencial de entrada na lista de espera e priorização para transplante, com duração aproximada de 40 minutos. Ela é confidencial e os resultados serão apresentados de forma global em Seminários, em artigos científicos e Congressos, sem identificação pessoal. Para garantir a qualidade dos dados, solicitamos a sua aprovação para que a entrevista seja gravada.

Se você concorda em participar voluntariamente nesta pesquisa, queira, por favor, assinar o termo de consentimento abaixo:

“Após leitura dos termos acima colocados, concordo em participar da pesquisa em curso, através de entrevista, sabendo da confidencialidade das respostas e que meu nome e endereço não serão citados em nenhum momento”.

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com Elaine Leandro Machado ou com Profa. Mariângela Leal Cherchiglia coordenadoras deste projeto na Faculdade de Medicina da UFMG, na Av. Alfredo Balena, 190/ 9º andar, em Belo Horizonte, MG. Telefone (31) 3248-9941, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone (31) 3248-9364.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do entrevistador

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

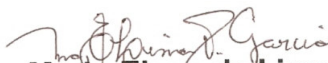
Parecer nº. ETIC 456/05

**Interesse: Prof.a Mariângela Leal Cherchiglia
DMPS/Faculdade de Medicina**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou, *ad referendum*, no dia 21 de fevereiro de 2006, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado «**Eqüidade no acesso ao transplante renal em Belo Horizonte/MG, 2000-2004**» bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 016/2006**


Projeto: “EQUIDADE NO ACESSO AO TRANSPLANTE RENAL EM BH/MG, 2000-2004.”

Nome do pesquisador: ELAINE LEANDRO MACHADO

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 20 de junho de 2006.

Receptores de Rim [X]

Rim: _____ SNT: _____

Código SNT: _____ CPF: _____ Dt Inclusão: _____ Centro de Transplante Vinculado: _____

Nome do Receptor: _____ Dt Nasc: _____ Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino Cor: Amarela Branca Negra Parda

Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____ Recados/Contatos: _____ Distância do CTx: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Telefone: _____ Atividade Profissional: Sim Não

Equipe de Transplante Vinculada: _____ Telefone: _____ Médico Responsável: _____ CRM: _____

Unidade de Diálise: _____ Qtd Transf.: _____ Dt últ Transf.: _____ Qtd Grav.: _____ Dt últ Gravidez: _____

HLA A: _____ B: _____ DR: _____ DQ: _____ ABO: _____
A: _____ B: _____ DR: _____ DQ: _____

PRA: _____ Dt PRA: _____ PRA hist.: _____ Dt PRA hist.: _____ Urgência: Sim Não Tx Rim/Pâncreas: Sim Não Exames sorológicos: _____

Diagnóstico da IRC: _____ Inic. Diálise: _____ Diabetes Mellito: Sim Não ReTx: Sim Não

Causa da perda: _____ Dt da Perda: _____ Situação na lista: _____

[Inclui] [Altera] [Exclui] [Confirma] [Cancela] [Tabela] [Ordena] [Seleciona] [Imprime] [Vota]

GABINETE DO SECRETÁRIO
Resolução SS - 145, de 14-12-2001

Dispõe sobre a alteração da Seleção dos receptores potenciais para transplante de rins removidos de doadores cadavéricos, de que trata o Anexo que integra a Resolução SS 169, de 19-12-1997

O Secretário da Saúde, considerando as disposições da Lei Federal nº 9.434, de 04.02.97, do Decreto Federal nº 2.268, de 30.06.97, e a Portaria MS 3.407, de 05.08.98, e acolhendo deliberação da Comissão Técnico-Científica do Rim, que altera os critérios para distribuição de rim de doadores cadavéricos, resolve:

Artigo 1º - o Item 2 - Da Seleção dos Receptores Potenciais, do Anexo que integra a Resolução SS 169, de 19.12.97, passa a ter a seguinte redação:

2 - Da Seleção dos receptores Potenciais:

A seleção dos receptores potenciais para fins de transplante de Rim será processada mediante exame de compatibilidade HLA, avaliada pelo número de "mismatches" entre doador e receptor.

Serão atribuídos pontos para um paciente baseado no número de "mismatches" nos "loci" HLA A, B e DR entre doador e receptor. Doadores ou receptores com apenas um antígeno identificado em um Locus (A, B ou DR) serão considerados como presumíveis "homozigotos" naquele Locus.

Para fins de Classificação pelo número de "mismatches" (incompatibilidades) HLA, será atribuída a seguinte pontuação:

a) no "locus"

DR 0MM - 6 pontos
 1MM - 3 pontos
 2MM - 0 ponto

b) no "locus" B

0MM - 4 pontos
 1MM - 2 pontos
 2MM - 0 ponto

c) no "locus" A

0MM - 1 ponto
 1MM - 0,5 ponto
 2MM - 0 ponto

Ocorrendo empate na compatibilidade HLA entre 2 (dois) ou mais pacientes em uma dada posição, os receptores serão reclassificados de acordo com os seguintes critérios:

a) tempo de espera para o transplante: o tempo de espera é considerado desde o momento que o paciente iniciou o tratamento substitutivo renal (qualquer tipo de diálise), para os inscritos até o dia 13 de abril de 1998, para os inscritos após esta data, o tempo de espera é considerado a partir da data que a ficha de inscrição foi recebida na CNCDO.

Para efeito de pontuação considera-se:

- a.1** - 0 ponto até o primeiro ano de espera
- a.2** - 1 ponto para o primeiro ano completo de espera
- a.3** - 0,5 ponto para cada ano subsequente de espera até o máximo de 5 pontos
- b)** pacientes hipersensibilizados: serão atribuídos 4 (quatro) pontos adicionais a receptores com PRA igual ou superior a 80% e 2 (dois) pontos adicionais a receptores com PRA entre 50% e 79%;
- c)** crianças e adolescentes: serão atribuídos 4 (quatro) pontos para receptores com idade inferior a 18 (dezoito) anos;
- d)** pacientes diabéticos: pacientes diabéticos (tipo I ou tipo II) receberão 3 pontos.

Quando o(a) doador(a) tiver idade igual ou menor que 18 (dezoito) anos, serão, primeiro e obrigatoriamente, selecionados potenciais receptores, com idade igual ou menor que 18 (dezoito) anos, utilizando a pontuação apurada no exame de compatibilidade HLA e demais critérios ora fixados.

Ocorrendo a existência de um ou dois pacientes receptores com 0 (zero) "mismatch" para um dado doador, terá(ão) ele(s) prioridade sobre paciente sem nenhum tipo de acesso para diálise, sobre paciente para transplante duplo pâncreas/rim e desconsiderando a idade do doador/receptor. Também nesse caso, será considerada a compatibilidade e não a igualdade no sistema ABO para a distribuição dos rins.

Vale destacar que a ocorrência de tal situação - pacientes receptores com 0 (zero) "mismatch" - determinará a distribuição do rim ou dos rins para esses receptores, independente da Sub-regional ou Regional onde os órgãos foram captados.

Quando não existirem pacientes com 0 (zero) "mismatch", os dois rins serão destinados aos pacientes da Sub-regional ou Regional onde os órgãos foram captados, utilizando a pontuação apurada no exame de compatibilidade HLA e demais critérios ora fixados.

Artigo 2º - A partir de 01 de janeiro de 2002 só serão aceitas inscrições de receptores com tipagem HLA.

Artigo 3º - Esta resolução entrará em vigor a partir de 01 de janeiro de 2002, ficando revogada a Resolução SS 16, de 19-1-98.

ANEXO V

Carta de aprovação da Câmara Departamental DMPS/UFMG



Departamento de Medicina Preventiva e Social
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2006.

Ilma Sra.
Profa Mariângela Leal Cherchiglia
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Sra. Professora;

Comunico-lhe que a Câmara Departamental aprovou em reunião do dia 13/02/2006 o Projeto de dissertação de Mestrado intitulado “**Equidade no Acesso ao Transplante Renal em Belo Horizonte/MG, 2000-2004**”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da aluna **Elaine Leandro Machado**, sob sua orientação.

Atenciosamente,

 Prof.ª Elza Machado de Melo
Chefe do
Dept.º de Medicina Preventiva e Social

Prof.ª. Elza de Melo Machado

Chefe do Dept.º Medicina Preventiva e Social.

ANEXO VI
Certificado de Qualificação



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Seminários Conjuntos
Políticas de Saúde & Planejamento III e Saúde & Trabalho I



Certificado

Certificamos que **Elaine Leandro Machado** participou dos *Seminários Conjuntos de Políticas de Saúde & Planejamento III e Saúde & Trabalho I* promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, ***Equidade no Acesso ao Transplante Renal em Belo Horizonte/MG, 2000-2004***, perante banca examinadora.

Belo Horizonte, 04 de novembro de 2005.

Ada Ávila Assunção
Prof.ª Ada Ávila Assunção
Coordenadora dos Seminários de
Saúde & Trabalho I

Soraya Almeida Belisário
Prof.ª Soraya Almeida Belisário
Coordenadora dos Seminários de
Políticas de Saúde & Planejamento III