



O SISTEMA DE SAÚDE NA BAHIA E AS INTERFACES COM A POLÍTICA LOCAL DE TRANSPLANTES: A EXPERIÊNCIA DA CIHDOTT DE UM HOSPITAL DE SALVADOR

Elisangela de Souza Santos¹

“Ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo. Os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. (Paulo Freire)

Resumo: A terapia dos Transplantes tem sido cada vez mais ampliada em função das doenças terminais, entretanto, a escassez de órgãos e tecidos reflete o não crescimento desta terapia no Brasil. Estudos evidenciam que os profissionais de saúde e a população são predispostos a doação de órgãos, e que existe grande número de potenciais doadores, porém, a realidade mostra elevado número de recusas, o que pode estar relacionado à política de saúde e ao processo de doação de órgãos. O Estado da Bahia sendo a quarta população nacional permaneceu em 2008 com uma taxa de doador efetivo de 3,4 pmp/ano, conforme o Registro Brasileiro de Transplantes, enquanto a taxa nacional foi de 7,2 pmp/ano. O objetivo deste estudo é discutir o sistema de saúde na Bahia e os implicadores para a implementação da política local de transplante, mediante a experiência da CIHDOTT do maior hospital terciário da rede pública do Estado.

Palavras-Chave: Política de Saúde; Doação de órgãos; Intersetorialidade; Transplantes de órgãos.

INTRODUÇÃO

Este artigo faz parte de um relatório do projeto de pesquisa do Mestrado em Políticas Públicas, Desenvolvimento Regional e Gestão do Conhecimento da UNEB, que tem como objetivo discutir o Sistema de Saúde na Bahia e a sua co - relação nos implicadores para a implementação da Política de Transplante no Estado. Neste trabalho serão apresentadas as primeiras impressões sobre a questão e o delineamento das principais causas dos entraves da Política de Transplantes na Bahia.

De acordo com VARGAS (2006), a morte encefálica e a doação de órgãos são práticas culturais contemporâneas, é preciso considerar as dimensões culturais, científicas e filosóficas que constituem este campo de decisões em torno da morte, doação e transplante de órgãos. SANTOS (2005) define o processo de doação como o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo. O potencial doador é o paciente com diagnóstico de morte encefálica, no qual tenham sido descartadas contra - indicações clínicas que representem riscos aos receptores dos órgãos. Segundo SADALA (2001), esse processo pode demorar horas ou dias, o que pode causar estresse e ser traumático à família, comprometendo desfavoravelmente o número de doações.

¹ Assistente Social, Coordenadora do Programa de Educação Continuada da CIHDOTT/Hospital Geral Roberto Santos, Especialista em Saúde Pública- UNYHANNA, Especialista em Saúde Mental- UFBA, Mestranda em Políticas Públicas Desenvolvimento Regional e Gestão do Conhecimento – UNEB, e-mail: elisangela.ssantos@gmail.com



Percebe-se que o entendimento de morte encefálica é um dos fatores que influi no processo de doação de órgãos, pois, geralmente, as famílias apenas ouvem falar desse conceito quando um ente querido evolui para tal diagnóstico, em decorrência de uma lesão cerebral severa e súbita, o que dificulta a compreensão da idéia da cessação das funções do cérebro em um ser aparentemente vivo. O desconhecimento e/ou não aceitação da morte encefálica é compreensível, uma vez que, classicamente, a morte era definida como a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória, o que gera resistência não somente a população, mas também, entre os profissionais de saúde.

As equipes de captação de órgãos vêm se mostrando mundialmente eficazes em aumentar as taxas de doação. A Portaria nº 905 de 16 de agosto de 2000 do Ministério da Saúde, determina a obrigatoriedade da existência de uma Comissão Intra-Hospitalar de Transplante para classificar as unidades de tratamento intensivo. Conforme assinala a Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997, a comissão é responsável por organizar todo o processo de captação de órgãos, que inclui a identificação, a manutenção do potencial doador, a agilidade do diagnóstico de morte encefálica, a abordagem da família do doador, o contato com as equipes de retirada, o agendamento do procedimento cirúrgico de retirada, o transporte dos órgãos e a devolução do corpo a família. Para RECH (2007) a capacidade de transformar um cadáver em doador de órgãos é atualmente, um dos principais indicadores de qualidade dos serviços prestados por um hospital.

De acordo com a página do Ministério da Saúde na internet, o Brasil possui hoje um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes, estando presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes. MARINHO (2007), afirma que o gasto com transplantes incluindo medicamentos, no ano de 2005, foi de R\$ 521,8 milhões, ou seja, 29,11% mais do que os R\$ 404,41 milhões gastos em 2004. Os custos indiretos da não realização de transplantes são elevados. Somente no caso dos rins, as terapias renais substitutivas, custaram aos cofres públicos em 2005 a elevada cifra de R\$ 1.159.679.058. 23. O relatório de 2008 do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) indicou que o Brasil teve um crescimento 15% na taxa de doações em 2008. Ressaltou ainda que o nordeste têm se destacado no cenário dos transplantes, apresentando taxas satisfatórias de crescimento em doações e transplantes. Entre os Estados que mais se destacaram podemos citar: Pernambuco que teve um crescimento de 44%, o Ceará com crescimento de 19%, a Paraíba com 17% e o Rio Grande do Norte com 18%.

A Bahia apesar de possuir a quarta população nacional cerca de 14.076.212 habitantes e uma lista de espera com 3.846 pessoas aguardando por um transplante cresceu apenas 2% em relação a 2007. A política de transplantes na Bahia tem encontrado sérios entraves para sua efetivação, resultando nos baixos índices de captação de órgãos e no número insuficiente de transplantes. Em 2008 o estado permaneceu com uma taxa de doador efetivo em 3,4 pmp/ano (população por milhão ano), enquanto a taxa nacional foi de 7,2 pmp/ano, segundo o RBT (Registro Brasileiro de Transplantes). A Bahia ocupa o 2º lugar entre os estados que mais perdem doadores por falta de confirmação de diagnóstico de morte encefálica, segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) em 2008 dos 329 pacientes aptos a doar 134 não tiveram confirmado o diagnóstico de morte encefálica em tempo hábil para a doação. O número corresponde a 40,7% do total de potenciais doadores. De acordo com o RBT (Registro Brasileiro de Transplantes), o estado é o primeiro colocado em exportação de órgãos, onde 42% dos órgãos que são captados aqui são transplantados em outras cidades do País. Segundo LYRIO e COSTA



(2008), o motivo dessas “exportações” deve-se a diversos fatores, o principal deles é o baixo número de equipes ativas no estado. Atualmente existem apenas quatro equipes de transplantes de rins, e duas de transplante de fígado, sendo que as três maiores são dos Hospitais Português, Espanhol e São Rafael, que são unidades privadas de caráter filantrópico, atuando na rede complementar de saúde. Outro dado que cabe ser ressaltado, é o fato das equipes que existem no estado terem restrições em relação a doadores limítrofes, ou seja, cujos órgãos apresentem algum tipo de problema. Mas como entender que um órgão que é recusado pelas equipes transplantadoras da Bahia, pode ser aceito por equipes transplantadoras de outros estados? Conforme LYRIO e COSTA (2008), os pacientes que recebem um órgão limítrofe poderão ou não desenvolver a doença, e as equipes transplantadoras deverá tratá-la na medida em que ela se apresente, pois são co-responsáveis pelo acompanhamento do paciente por toda a vida. Esse acompanhamento exige um Sistema de Saúde eficaz, capaz de absorver esses pacientes em sua estrutura, pois envolve vários campos como ginecologia, cardiologia, oncologia, dentre outros.

2. A EXPERIÊNCIA DA CIHDOTT DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS.

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), do Hospital Geral Roberto Santos foi instalada em 2005, mas passou a funcionar efetivamente a partir de agosto de 2007, contando atualmente com 10 servidores de vínculo permanente/SESAB com dedicação exclusiva. Após a implantação da CIHDOTT no HGRS com uma equipe capacitada no processo de doação de órgãos, realizando busca ativa, passamos a obter resultados expressivos demonstrando que a partir do acesso ao conhecimento e investimento em recursos humanos e logísticos, a comunidade acolhida e assistida, tornar-se predisposta a doação, desde que o processo seja transparente e os responsáveis legais possam acompanhar e interagir com autonomia e respeito ao potencial doador.

Para subsidiar essas afirmações foi realizado um estudo em maio de 2009, que tinha como objetivo viabilizar uma análise comparativa dos resultados da CIHDOTT/HGRS no período compreendido entre os meses de agosto a dezembro/07 e agosto a dezembro/08. Dentre os principais resultados podemos destacar um aumento de 38,46% na identificação de potenciais doadores de córneas com relação ao mesmo período de 2007; o crescimento em 50% do número de autorizações para doação de córneas se comparado a 2007; a redução da taxa de negativa familiar para córneas de 74,68% para 60,52%. Com relação à morte encefálica observamos que a taxa de recusa diminuiu de 64,28% para 40% e a taxa de consentimento aumentou de 35,71% para 60%².

Os dados analisados demonstram os avanços obtidos pela CIHDOTT do Hospital Geral Roberto Santos, que são fruto da profissionalização das ações da Comissão através da implementação da busca ativa, da formulação das diretrizes da entrevista familiar, do processo de formação contínua dos membros da comissão, da elaboração e implementação de instrumentos normativos, do regime de dedicação exclusiva de seus membros. Outro fator importante a ser ressaltado da CIHDOTT/HGRS, diz respeito à prática educativa da comissão, que desenvolve ações pautadas na garantia dos direitos dos usuários do SUS, a minha intervenção profissional, enquanto assistente social e coordenadora do Programa de Educação

² Anexo III da portaria 1262/GM/MS/SNT- CIHDOTT/HGRS



Continuada da CIHDOTT/HGRS é articular essas ações com instituições e projetos que atuam na área, estabelecendo um espaço para discussão dos conteúdos do processo de doação, captação e transplante.

Diante das complexas questões ligadas ao binômio doação - transplante, diversas indagações nos são apresentadas no decorrer de nossa prática profissional, dentre elas podemos citar: Quais os fatores que resultam no baixo número de abordagens e no número insuficiente de captações de órgãos na Bahia? Quais os fatores que levam a taxa de recusa familiar na Bahia ser o dobro da taxa de recusa nacional? Quais as dimensões sócio-culturais que constituem o campo de decisões familiares durante o processo de doação na Bahia?

O entendimento dos modelos e das teorias que definem a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, podem nos permitir discutir o nosso objeto de investigação. De acordo com SOUZA (2006) não existe uma definição única para o conceito de política pública. Entretanto, os autores apesar de divergirem com relação ao conceito, assumem uma visão holística sobre o tema, onde afirmam que o todo é mais importante do que a soma das partes e que instituições, ideologias, indivíduos, interesses fazem parte do processo. Parafraseando ANDRADE (1997), não há uma única explicação para a formulação e as finalidades das políticas públicas. Elas se explicam pela combinação, a natureza e o número destas combinações, das origens históricas de cada determinante, da forma política e de sua função histórico- social específica. Uma teoria sobre política pública deve levar em consideração o campo da multidisciplinaridade já que para sua construção é necessário utilizar de conteúdos da ciência política, da economia e da sociologia. Com relação ao papel dos governos, SOUZA (2006) confere a eles certa autonomia na formulação e implementação das políticas públicas, entretanto, assume que o Estado sofre influências internas e externas. A esse respeito BRESSER (2005), afirma que o Estado é uma parte da sociedade, é uma estrutura política e organizacional que se sobrepõe a sociedade ao mesmo tempo em que dela faz parte.

3. POLITICA DE SAÚDE

A área de estudos e de produção de conhecimento conhecido como política de saúde passou a ter visibilidade como disciplina acadêmica na segunda metade do século XX. A criação da organização Mundial de saúde (OMS) em 1946, vinculada ao sistema das Nações Unidas (ONU), pode ser considerada uma das referências para a conformação dessa disciplina (FERRARA et al., 1976). Segundo PAIM (2002), a expressão Política de Saúde abrange tanto as questões relativas ao poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) como as que dizem respeito ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. Enquanto a língua inglesa dispõe de vocábulos *politics* (referente à existência e ao exercício de poder) e *policy* (planos de ação), em português a palavra política envolve tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes e as intervenções planejadas. Assim a Política de Saúde no discurso oficial pode significar diretrizes e planos de ação, porém, enquanto disciplina acadêmica abrange tanto o estudo das relações e do exercício do poder como também, a formulação e a condução de políticas de saúde. Nesse trabalho utilizaremos a definição de PAIM (2002), que define política de saúde como ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como a produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. A noção de “direito à saúde” vem sendo difundida em muitos países nas últimas décadas enquanto componente da doutrina dos Direitos Humanos que considera que todo indivíduo, independente de cor, situação sócio-



econômica, religião e credo político, deve ter a sua saúde preservada. Neste sentido, caberia um esforço social visando à mobilização de recursos necessários para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

4. AS INIQUIDADES DA SAÚDE E OS IMPLICADORES NA POLITICA LOCAL DE TRANSPLANTES NA BAHIA.

No Brasil e no mundo, os avanços científicos, tecnológicos, organizacionais e administrativos têm colaborado para o aumento expressivo do número de transplantes, embora ainda insuficiente face à enorme demanda acumulada de órgãos. A escassez de órgãos doados é atribuída tanto a desinformação da população quanto aos problemas estruturais do sistema de saúde, que tem se mostrado incompetente no processo de captação de órgãos.

Na Bahia um estado com dimensões continentais e grandes diferenças sociais, as dificuldades relacionadas ao processo de doação tornam-se ainda maiores, devido ao processo de sucateamento dos serviços públicos do Estado (em especial os de saúde) efetuadas pelos governos conservadores e neoliberais dos últimos anos. Aliado a isso soma - se a desvalorização e falta de investimento no quadro de servidores públicos do estado, o que acabou reduzindo sua capacidade de responder às necessidades/direitos dos cidadãos baianos.

Em janeiro de 2007 no ato de sua nomeação o Secretário de Saúde Jorge Solla em sua fala esboçou a situação calamitosa da saúde da Bahia, condição herdada das gestões anteriores:

O Estado que apesar de ser o 6º na economia nacional é o 22º em indicadores sociais; a maior taxa de incidência de tuberculose, a mais elevada razão de mortalidade materna e a maior proporção de crianças com baixo peso ao nascer da região Nordeste; em todos os anos entre 2000 e 2005 a Bahia apresentou a menor proporção de população coberta por equipes de saúde da família da região Nordeste; - a 2ª pior média de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante do Nordeste; - a menor cobertura de 1ª consulta odontológica da região Nordeste e a mais baixa cobertura populacional por equipes de saúde bucal; - a segunda mais baixa proporção do Nordeste de gestantes com acesso ao acompanhamento pré-natal; - a menor razão de exames citopatológicos cérvico -vaginais em mulheres de 25 a 49 anos de todos os estados do Nordeste; - segunda pior taxa de diabéticos cadastrados e a terceira pior taxa de hipertensos cadastrados entre os estados nordestinos; - dos 9 estados nordestinos a Bahia ocupa a 6ª posição em número de médicos e de enfermeiros por habitante, é o penúltimo colocado em relação ao número de odontólogos e de auxiliares de enfermagem por habitante e tem o menor número de técnicos de enfermagem por habitante de todo o Nordeste; - a Bahia, em comparação aos estados do Nordeste, possui o menor número de leitos hospitalares por habitante e ocupa o penúltimo lugar em relação à proporção de partos hospitalares.

O transplante na Bahia poderia ser fortalecido se a questão da saúde não fosse enfrentada exclusivamente por políticas setoriais, mas pela construção de um modelo de atenção a saúde, voltado ao enfrentamento dos problemas e ao atendimento das necessidades prioritárias da população, desencadeando o fortalecimento de ações políticas, institucionais e técnicas administrativas nos vários níveis de gestão do SUS.



5. CONCLUSÃO

Diante dessa crise na saúde pública da Bahia faz – se necessário que o governo fortaleça suas ações garantindo ao cidadão o acesso aos serviços públicos de qualidade, valorizando os servidores e envolvendo- os no projeto de recuperação da capacidade de ação do Estado. É preciso ainda, estimular e promover a participação democrática da população em geral na formulação e gestão das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 9434 de 04 de fevereiro de 1997**: Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, para fins de transplantes, tratamento e dá outras providências. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 06 set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 905 de 16 de agosto de 2000**: Estabelece a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento das Comissões Intra - Hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes para cadastramento da unidade de tratamento intensivo do tipo I e II e para a inclusão de hospitais no sistema de referência hospitalar em atendimento de urgências dos tipos I, II e III. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 15 dez. 2008.
- FERRARA, FA, ACEBAL E, PAGANINI J.M. **Medicina de la Comunidad**. 2ª ed. Buenos Aires - República da Argentina: Inter Médica Editorial, 1976, p.121
- LIMA, EDRP, MAGALHÃES MB, NAKAMAE, DD. **Aspectos ético-legais da retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano**. Ver. Latino – am - enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, nº.4, p. 5-12, outubro 1997.
- LYRIO, A, COSTA, J. O Estado é líder em exportação de órgãos no Brasil. **Correio da Bahia**, Salvador, 29 de out. 2008. Disponível em<<http://www.correio24horas.globo.com/noticias/noticia.asp?codigo=7482&mdl=50>>. Acesso em 29 out. 2008.
- MARINHO, A, Cardoso SS. **Avaliação da Eficiência Técnica e da Eficiência de Escala do Sistema Nacional de Transplantes**. Rio de Janeiro, IPEA, fevereiro de 2007 (Texto para discussão n.1260). Disponível no site: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1260.pdf. Acesso em 20 dez. 2008.
- PAIM, JS. Saúde, **Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002, 446p.
- RECH, TH, RODRIGUES, EMF. **Entrevista Familiar e Consentimento**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol.19, nº 01, jan-mar, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES, **Registro Brasileiro de Transplantes**, Ano XIV - nº. 02- janeiro/dezembro 2008. Disponível em <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em 21 fev. 2009.



XII SEMOC SEMANA DE
MOBILIZAÇÃO
CIENTÍFICA
SEGURANÇA: A PAZ É FRUTO DA JUSTIÇA



SADALA, MLA. **A experiência de doar órgãos.** J Bras. Nefro. 2001, 23 (3): 143-151.

SANTOS, MJ, MASSAROLLO MCKB. **Processo de doação de órgãos: Percepção de familiares de doadores cadáveres.** Rev. Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13 (3): 382-387.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: Uma revisão de literatura,** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

VARGAS, MA, RAMOS FR. **A morte cerebral como presente para a vida: Explorando práticas culturais contemporâneas.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006; 15(1): 137-145.