

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA.

PROJETO DE LEI Nº 912, DE 2003

Modifica o dispositivo da Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que alterou a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, inserindo o § 3º no Art. 10 para permitir que a confecção da lista única de espera para transplantes passe a observar o grau de prioridade de emergência médica

Autor: Deputado Dr. HELENO.

Relator: Deputado JOSÉ LINHARES

VOTO EM SEPARADO (Do Sra. CIDA DIOGO)

I – RELATÓRIO

O Projeto de lei em comento, de autoria do Deputado Dr. HELENO, propõe modificar as leis de transplantes para adicionar parágrafo terceiro no artigo 10 da Lei 10.211, de 2001, para permitir que a confecção da lista única de espera para transplantes passe a observar o grau de prioridade de emergência médica. Ou seja, estabelece que na elaboração da lista única de espera a prioridade passe a ser em função das condições de saúde do receptor e não da ordem cronológica de entrada na lista.

Determina ainda, que o Ministério da Saúde tome as providências necessárias para que essa nova lista esteja sempre atualizada.

O Autor justifica a sua iniciativa argumentando que a organização da lista única em ordem cronológica de inscrição seja ineficiente para o atendimento de pacientes que necessitam ter um órgão transplantado com extrema urgência. Alega que alguns pacientes, embora apresentem quadro de urgência urgentíssima para o transplante, são

preferidos por outros com um grau menor de urgência, que já integram a lista única e que, esses pacientes, mesmo com indicação de prioridade urgente, morrem antes da recepção do novo órgão. Informa ainda, que a Justiça vem, através de liminares, corrigindo o problema permitindo a alteração de prioridades da lista, após comprovação da emergência médica.

A este Projeto de Lei foram apensados outros sete Projetos:

- O Projeto de Lei de nº. 2.745, de 2003, do Deputado ANDRÉ DE PAULA, estabelece que a lista única para o transplante de fígado seja elaborada por um índice matemático que conjugaria o tempo de inscrição e o estado de saúde do paciente, sendo que cada um dos fatores concorreria com cinquenta por cento do índice. O cálculo do índice seria dinâmico para permitir que a situação de saúde dos potenciais receptores fosse recalculada a cada momento. Incumbe ao Ministério da Saúde, mediante consulta ao Conselho Federal de Medicina, de tomar as providências cabíveis para a elaboração do índice.

- O Projeto de Lei nº. 4.165, de 2004, dos Deputados RAFAEL GUERRA, Dr. FRANCISO GONÇALVES e GERALDO RESENDE, institui uma regionalização da fila única e da captação de órgão e partes do corpo humano, destinando tais órgãos, prioritariamente, para os pacientes em espera na mesma região. Institui mecanismos que, segundo os autores, visam aumentar a transparência do sistema de transplantes com a divulgação de informações sobre a lista de espera.

- O Projeto de Lei nº 4.320, de 2004, de autoria da Deputada ANN PONTES, tem como objetivo a aumentar a transparência da lista única de receptores de órgãos. Prevê que o Poder Executivo envide esforços para disponibilizar a lista nacional na rede mundial de computadores, atualizada até vinte e quatro horas após a ocorrência de cada evento que origine sua alteração.

- O Projeto de Lei nº. 7.365, de 2006, da Deputada MARIÂNGELA DUARTE, que tem por objetivo instituir comissões de auditoria para avaliação da lista única de espera. As comissões seriam formadas por especialistas não envolvidos com as equipes transplantadoras, representantes da sociedade civil e de entidades profissionais.

- O Projeto de Lei nº. 7.674, de 2006, das Deputadas MARIÂNGELA DUARTE e FÁTIMA BEZERRA é idêntico ao PL 7365/06, de autoria da Deputada MARIÂNGELA DUARTE.

- O Projeto de Lei nº. 437, de 2007, da Deputada ELCIONE BARBALHO visa incluir preceito na Lei 9434/97 obrigando o Poder Executivo publicar a lista única na rede mundial de computadores e que essa lista seja atualizada num prazo máximo de vinte e quatro horas a cada alteração.

- O Projeto de Lei nº. 387, de 2007, do Deputado RIBAMAR ALVES, propõe que a prioridade poderá ser invertida quando um paciente apresentar maior debilidade, avaliado por laudo médico.

O Relator, o nobre Deputado JOSÉ LINHARES, entende que a questão dos transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano seja uma questão importante sob a ótica sanitária, legal e de direitos humanos. Ao analisar o mérito das proposições, as dividiu em dois grupos: um formado pelos Projetos de Lei 912/03, 2745/03 e 387/07, que pretendem mudar o critério cronológico para o acesso aos transplantes; outro, dos

Projetos de Lei que propõem a adoção de medidas para aumentar a transparência sobre a lista única de acesso aos transplantes.

O Relator entende que qualquer alteração no critério cronológico seja indesejável. Advoga que a adoção do critério do estado clínico para o acesso ao transplante — e não como alude o PL 912/03: “o grau de prioridade de emergência médica” ou ao “quadro de saúde de maior debilidade” como propõe o PL 387/07 — introduziriam alto grau de subjetividade e a possibilidade de preferências pessoais, influências variadas e corrupção presidirem as decisões.

Argumenta que a proposta de adoção para os transplantes de fígado de um “índice matemático que conjugue o tempo de inscrição e o estado de saúde do paciente”, com cada um dos fatores concorrendo com igual peso na apuração do “índice”, seja sem sentido. Propõe que se adotasse então, o tempo de inscrição ou um índice matemático que desse conta da gravidade do paciente, sob pena de um paciente doente, mas não tanto quanto os demais, mas com mais tempo de inscrição, ser privilegiado. Argumenta que haveria injustiça, tanto para os inscritos há mais tempo, como para com os que se encontrassem em situação de saúde crítica. Informa que a proposição se refere ao índice MELD (Model for End Stage Liver Disease), baseado em três exames laboratoriais, com resultados que variam de 1 a 40, no qual os indivíduos com índices mais altos apresentam maior gravidade no seu quadro. O índice é adotado nos EUA desde 2002. Informa que o critério parece justo, mas que existem diferenças importantes entre Brasil e Estados Unidos, a exemplo da diferença da quantidade de enxertos realizados entre os dois países e o tempo de espera na fila de transplante de fígado que varia de cerca de quatro anos e seis meses entre um país e outro.

O Relator informa ainda, o resultado de pesquisa realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, orientada pelo Dr. Paulo Massorollo, na qual “Foram comparados dois subgrupos: um, de 126 pacientes menos graves, com MELD médio de 9,4, e outro, de 111 pacientes, mais graves, com MELD médio de 20,1. Obteve-se uma informação da maior importância. As curvas da sobrevivência de cada subgrupo são estatisticamente diferentes entre si. O subgrupo com índice MELD mais baixo apresentou mortalidade de 15% nos primeiros seis meses após o transplante, ao passo que, nos com MELD mais alto, esse percentual foi de 26%. Demonstrou-se que a mortalidade dobra a cada aumento de 15 pontos na escala MELD. Por meio da equação obtida, estima-se que, nos pacientes com MELD igual ou superior a 40, a mortalidade após o transplante ultrapasse 50%. Esses resultados evidenciam o erro que seria adotar o critério MELD aqui no Brasil.”

Além disso, informa que “Na opinião da Câmara Técnica do Fígado de São Paulo, onde são realizados 50% dos transplantes de fígado do País, a adoção integral do critério de gravidade poderá levar a um desperdício de órgãos disponíveis, por causa do elevado índice de mortalidade pós-operatória entre os pacientes mais graves. À frente da oposição está o médico Sergio Mies, coordenador do Departamento de Fígado da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) e chefe da Unidade de Fígado do Hospital Albert Einstein. Ele aponta que os transplantes realizados hoje no Estado atendem a apenas 8% da fila, que tem cerca de 3.600 pacientes”.

Afirma que "... se empregarmos um critério exclusivo de gravidade vamos transplantar apenas os 8% mais graves. E os clinicamente melhores só passariam pelo transplante quando já estivessem numa situação grave", afirma Mies. Na Câmara Técnica, o único voto contrário foi o do Dr. Hoel Sette Jr., favorável ao índice MELD. Assim ele se manifestou quanto à decisão da referida Câmara:

"É a mesma coisa que dizer a todos os prontos socorros do Estado que façam uma lista cronológica para atender os pacientes de emergência", critica Sette. "O transplante é o único meio de salvar a vida de pacientes com doenças do fígado aguda ou crônica em fase terminal. Se você cria uma regra cronológica, vai exterminar todos os doentes graves e os que sobram não têm indicação para transplante. É uma afronta à ética médica, à justiça distributiva e aos direitos humanos."

Quanto ao grupo que se caracteriza por propor formas de dar maior transparência ao Sistema Nacional de Transplantes, o PL 4165/04 e os PLs 4320/04 e 437/07, o Relator as considera "propostas justas, não contraditórias entre si e que, se adotadas, dariam mais possibilidade de controle social sobre o sistema". No entanto, considera que o PL 4165/04 apresenta problemas de redação e que não há previsão de divulgação da lista na rede mundial de computadores, como propõem os PLs 4320/04 e PL 437/07. Discorda do prazo de 24 horas que o PL 437/07 estabelece para as notificações na rede mundial de computadores. Discorda ainda, da criação de uma comissão com objetivo consignado prevista nos PLs 7365/06 e 7674/06. Informa que o funcionamento da lista única é público e de livre fiscalização. Além disso, que as listas podem ser auditadas pelo Ministério Público, Conselhos de Saúde e demais Poderes da República a qualquer tempo.

Propõe finalmente, a rejeição dos Projetos de Lei nº. 912, de 2003, nº. 2.745, de 2003, nº. 7.365, de 2006, nº. 7.674, de 2006, e nº. 387, de 2007 e a fusão dos Projetos de Lei 4165/04, 4320/04 e 437/07 em um Substitutivo com os seguintes termos:

Acresce § 2º, transformando-se em § 1º o antigo parágrafo único, ao art. 2º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, modificado pela Lei no 10.211, de 23 de março de 2001, para atribuir à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) competência para organizar o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para fins de transplantes e tratamento, inclusive as atividades de verificação de casos de morte encefálica em qualquer ponto do território nacional, a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retirados, a organização de bancos públicos de registros de doadores de tecidos para transplante, e o controle do funcionamento da lista única de espera de receptores, prevista no art. 10 desta Lei."

Acrescenta ao art. 10 da Lei no 9.434, de 1997, modificado pela Lei no 10.211, de 2001, o parágrafo 3º para estabelecer que a lista única de espera seja específica para o tipo de órgão a ser transplantado e abranja os candidatos inscritos na unidade que estiver autorizada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) para coordenar atividades de transplante em determinada área geográfica.

Acrescenta o art. 10A à lei no 9.434, de 1997, modificada pela Lei no 10.211, de 2001, para estabelecer que os tecidos, órgãos e partes de corpo humano retirados *post mortem* em estabelecimento de saúde público ou privado, situado na área de atuação de

unidade de coordenação mencionada no § 3º do art. 10, devam ser destinados aos pacientes inscritos em lista de espera da respectiva unidade de coordenação, e ainda:

- que os tecidos, órgãos e partes do corpo humano que não puderem ser utilizados em determinada unidade de coordenação devem ser oferecidos para outras unidades de coordenação, conforme diretrizes estabelecidas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) para cada tipo de tecido, órgão ou parte do corpo humano.

- que todas as unidades de coordenação mencionada no § 3º do art. 10 estejam obrigadas a tornar pública, a cada mês, a quantidade de órgãos retirados para transplante, a movimentação dos números de inscrição das listas que coordenar, e a situação da busca em bancos ou registros públicos de doadores de tecidos e órgãos.

- que a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) publique, na rede mundial de computadores, a lista nacional de receptores por data de inscrição, separando os pacientes inscritos para recepção dos já beneficiados, na forma do regulamento.

- que qualquer alteração na situação de pacientes inscritos em lista de espera, com destaque para a ordem e para a habilitação clínica para o transplante, além da situação da busca em bancos ou registros públicos de doadores de tecidos e órgãos, deva ser comunicada pela unidade de coordenação a todos os pacientes integrantes da respectiva lista, utilizando apenas os números de inscrição como elemento de identificação.

- que os recursos e instalações do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam utilizados para realizar transplantes apenas em candidatos regularmente inscritos em lista de espera.

Os Projetos de Lei são de competência conclusiva da Comissão de Seguridade Social e Família, quanto ao mérito.

A Comissão de Constituição, Justiça e de Redação manifestará em relação aos pressupostos definidos no art. 54 do Regimento Interno.

Não foram apresentadas Emendas no prazo regimental previsto.

É o Relatório.

II - VOTO

Após análise da proposta do Projeto de Lei nº 912/2003 e do substitutivo apresentado, são necessárias algumas considerações:

1. Quanto à primeira proposta, de que a lista única de espera para transplantes passe a observar o grau de prioridade de emergência médica, a Portaria GM nº 3.407/98 estabelece os critérios de priorização para a distribuição de cada órgão/tecido. Posteriormente, a publicação da Portaria GM 1.160, de 29/05/2006 modificou os critérios de distribuição de fígado para o atendimento dos pacientes conforme a gravidade clínica.
2. Quanto ao substitutivo aos Projetos de Lei nº 4.165/2004, nº 4.320/2004 e 437/2007, que propõem que os tecidos e órgãos retirados *pos mortem* devam ser destinados aos pacientes inscritos em lista de espera da respectiva unidade de coordenação; que os tecidos e órgãos que não puderem ser utilizados em determinada unidade de coordenação devam ser oferecidos para outra unidade; que todas as unidades de coordenação fiquem obrigadas a tornar pública a

quantidade de órgãos retirados e a situação da busca em bancos ou registros públicos de doadores informo que a lista única de espera para cada órgão/tecido já é gerenciada por cada Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) dos estados e do Distrito Federal. As CNCDO integram o Sistema Nacional de Transplantes e coordenam toda atividade do processo doação/transplante.

3. Desde o final de 2005, foi implantado, e está em pleno funcionamento, o programa informatizado de gerenciamento da lista única de espera, denominado didaticamente de SNT 5.0. O programa possibilita, dentre outras funções, que os órgãos que, porventura não puderem ser utilizados na área de atuação de determinado CNCDO, possam ser oferecidos a paciente habilitado para receber o enxerto, que esteja inscrito em outra CNCDO.
4. As informações sobre o número de transplantes realizados, número de órgãos retirados, valores gastos com transplantes e medicamentos estão disponíveis a todo cidadão brasileiro por meio da página web www.saude.gov.br/transplantes. Os cidadãos que não possuem acesso a internet podem se informar por meio de contato telefônico com as CNCDO ou com o próprio CNT.
5. Quanto à proposta de que seja publicada a lista de pacientes inscritos em lista na rede mundial de computadores - internet -, informo que se trata de medida inviável do ponto de vista ético e legal, pois se tratam de dados sigilosos na medida em que revelam a identidade dos mesmos, além de outros dados pessoais. A disponibilização desses dados poderia causar diversos constrangimentos aos pacientes, inclusive a possibilidade de ofertas financeiras por doações inter-vivos nos casos de rim e fígado, ou mesmo a segregação dessas pessoas.
6. Quanto à proposta de que órgãos captados, tanto no setor público quanto no setor privado, sejam disponibilizados apenas para pacientes inscritos em lista de espera, informamos que a regulação da atividade de transplantes no Brasil é a mesma para todo o sistema de saúde, tanto público quanto privado e que todos os órgãos captados são distribuídos em obediência ao que determina a Lei nº 9434/97, o Decreto nº 2268/97, a Portaria GM nº 3407/98 e a Lei nº 10211/2001.

Pelo exposto, o votamos pela rejeição do Projeto de Lei 912/2006 e de todos os seus apensados, conclamando aos membros dessa Comissão a também o fazê-lo.

Sala das Comissões, 15 e agosto de 2007.

DEPUTADA CIDA DIOGO
PT/RJ