

TRANSPLANTAÇÃO RENAL: O Ponto da Situação em Portugal, 1989

J.R. PENA

Unidade de Transplantação da Cruz Vermelha Portuguesa, Hospital da C.V.P., Lisboa

RESUMO

A assistência aos doentes insuficientes renais representa uma das fases mais interessantes da medicina moderna. A medicina portuguesa demonstrou no sector uma capacidade de realização que a aproxima da primeira linha dos países desenvolvidos. O número crescente de doentes renais, o nível de recuperação dos doentes tratados, a importância dos meios afectos ao programa, e a morte dos doentes como consequência inevitável se não puderem ser tratados por hemodiálise ou transplantação, colocam o assunto no domínio da política e dos problemas de Saúde Pública. Apresentamos os contornos demográficos do grupo de doentes renais, e as perspectivas económicas da gestão do programa, pondo em balanço a hemodiálise e a transplantação renal. Observa-se que esta última é uma opção muito menos dispendiosa. Abordamos o problema dos dadores, e a necessidade de incrementar a recolha de órgãos no cadáver. Recordamos a emoção que tem envolvido a discussão sobre a morte cerebral, consentimento, e as suspeitas de aproveitamento comercial dos transplantes. Pelos números de transplantes realizados nos últimos nove anos concluímos que os médicos demonstraram capacidade e disponibilidade para desenvolverem os programas até à satisfação das necessidades dos doentes renais portugueses. O seu trabalho deverá contudo poder prosseguir em boa harmonia com o sentimento da generalidade dos seus concidadãos. Sendo estes os principais beneficiários da transplantação renal, são também os primeiros a sofrer o prejuízo da propaganda obscurantista que se manifesta ocasionalmente em oposição aos programas.

SUMMARY

The modern treatment of renal failure has been one of the most exciting developments of modern medicine. Within this field the portuguese doctors had a performance that compares with the average developed countries. The number of patients that need haemodialysis and renal transplantation is still increasing. These treatments are very expensive. As the patients would die if not treated, this whole issue is a political concern and a public health problem. We give the demographic outline of this CRF patients group. Dialysis and transplantation should be in balance, with a particular stress on transplantation because it is much less expensive. Shortness of organ supply has been like elsewhere the most important limiting factor of renal transplantation. Some public controversy concerning brain death, permission, and commercial profit from organ donation, has been sometimes deleterious. We review the results of renal transplantation. In 1987 and 1988, 92% of transplanted kidneys had still function after one year. We conclude that our programs in Portugal can expand, on the condition that people keep their acceptance and give their support to transplanting teams.

INTRODUÇÃO

A assistência aos doentes insuficientes renais corporiza uma das fases mais interessantes do desenvolvimento da medicina, ligada como está a aventura de Kolf, à saga dos órgãos artificiais, e a todo o entusiasmo que envolveu a pesquisa no campo da transplantação de órgãos.

É uma história que enquadra sucessos clamorosos. Foram aplicados conceitos inovadores que revolucionaram a Ciência, princípios biológicos básicos verificados na prática e apoiados pela técnica, numa evolução que, longe de estar esgotada, mal podemos ainda imaginar onde nos poderá conduzir.

Desta revolução, os doentes renais são testemunhas privilegiadas. Urémicos que morriam invariavelmente no prazo de semanas, passaram a ter uma esperança de vida que mais e mais se aproxima da população em geral. Ler no Cecil de 1955 o capítulo sobre o tratamento da insuficiência renal, tem para o especialista de hoje um sabor medieval¹.

Conceitos fundamentalmente diferentes, a prótese e o enxerto, estão representados no tratamento moderno dos doentes renais pela hemodiálise e pela transplantação². Um outro destes processos são contudo capazes de substituir a função que deixou de existir nos rins próprios, ao menos na medida em que permitem ao doente continuar a viver. E tanto assim é que, no contacto social de todos os dias,

encontramos pessoas de todas as idades, que não distinguem os das outras, e que são doentes renais que fazem diálise ou foram transplantados.

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA, UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Os úremicos, que anteriormente morriam em poucas semanas, passaram pois a ter a possibilidade de sobreviverem em termos que os aproximam da população em geral.

Era um pequeno grupo de doentes, em cada ano cerca de cinquenta por milhão de habitantes. Pouco pesavam na mortalidade global de um país, pouco significado tinham para a política de saúde.

Hoje tudo se passa de forma diferente: o número dos doentes renais aumentou, porque deixaram de morrer. Para isso os doentes renais precisam contudo de fazer hemodiálise regular ou de ter um transplante renal. Quer uma quer outra destas modalidades terapêuticas envolvem recursos de saúde extremamente avultados, são técnicas dispendiosas, de maneira que o grupo dos insuficientes renais constitui hoje uma preocupação dominante. A organização dos cuidados neste sector é uma condicionante de grande importância e relevo para o estabelecimento duma política de saúde.

Numa primeira fase em que as próprias técnicas se desenvolviam, não havia maneira de tratar todos os doentes. Quem pode viver, quem tem que morrer, era então o dilema angustiante daqueles que tinham que seleccionar os doentes para a aplicação das nove técnicas. Agora que existem os meios técnicos e os recursos humanos que permitem tratar todos os doentes, deixou de poder aceitar-se que porventura alguns morram por falta de organização ou como simples medida de poupança.

Num país desenvolvido, e partindo da assumpção política de que assim deve ser, todos os doentes renais agora devem poder ser tratados.

A organização dos cuidados no sector tem uma dimensão quantificável, quer no respeitante à população sujeita à morbilidade renal, quer na administração dos recursos do binómio hemodiálise/transplantação renal^{3,4}.

No que se refere à dimensão demográfica, o número de novos doentes em cada ano é de cerca de cinquenta por milhão de habitantes, quinhentos por ano em Portugal. O número de doentes renais em tratamento aproxima-se actualmente dos quatro mil. A taxa de mortalidade que actualmente se observa no grupo de doentes tratados é de 4,7%⁵. Pode esperar-se consequentemente que deste grupo venham a falecer num ano 190 doentes. Observamos pois actualmente uma fase francamente expansiva, com um acréscimo anual líquido de cerca de 310 doentes.

Se não houver uma modificação sensível dos dados do problema, que se têm mostrado inalteráveis nos últimos anos, o grupo comportará numa fase de equilíbrio dez ou doze mil doentes, o triplo do actual. Até à fase de equilíbrio, que ocorrerá possivelmente no ano de 2050, o sistema não deixará de apresentar características de expansão.

O BINÓMIO HEMODIÁLISE / TRANSPLANTAÇÃO RENAL

O aspecto mais sensível da organização dos cuidados aos doentes renais refere-se à administração dos recursos do binómio hemodiálise/transplantação.

A hemodiálise, salvo raríssimas excepções, é o método de tratamento a que imediatamente se recorre quando o grau de insuficiência renal deixa de ser compatível com a vida. A

transplantação renal condicionada por um certo número de contraindicações, e depende da vontade do doente para aceitar a alternativa. Diga-se contudo que uma grande maioria dos doentes renais em hemodiálise deseja ardentemente a oportunidade dum transplante. A principal condicionante da transplantação renal consiste na dificuldade de obter rins humanos funcionantes para transplantar.

Esta dificuldade não diz apenas respeito a Portugal, mas aqui o problema é particularmente sensível pelo atraso que teve o desenvolvimento da transplantação renal.

Dos cerca de quatro mil doentes renais actualmente tratados em Portugal, apenas pouco mais de seiscentos vivem com um rim transplantado. Mais de três mil fazem hemodiálise. Considera-se duma maneira geral que a gestão equilibrada do binómio comporta uma proporção em que pelo menos metade dos doentes estejam transplantados. Aparentemente, temos que orientar o nosso esforço em Portugal para aumentar o número de transplantes.

E porquê, quando a hemodiálise, abstraído do incómodo, duração e desconforto dos tratamentos, e limitação da possibilidade de fazer viagens, garante uma boa recuperação e sobrevida? Do ponto de vista do doente, pela perspectiva de autêntica cura que o transplante lhe oferece: a depuração periódica da hemodiálise nunca deixa de ser um paliativo. Do ponto de vista do Estado, por razões fundamentalmente económicas.

PERSPECTIVAS ECONÓMICAS DA GESTÃO DO PROGRAMA

A hemodiálise custa 2 500 contos por doente e por ano: tratar três mil doentes custa por ano sete milhões e meio de contos. A transplantação renal não custará muito menos no primeiro ano, mas nos anos seguintes que o transplante pode funcionar, a economia é notável. Com a recente melhoria dos resultados, muito transplantes continuam funcionantes ao longo dos anos.

Falando apenas da Unidade da Cruz Vermelha, os quatrocentos e cinquenta rins transplantados desde 1980 estão prestes a completar cumulativamente mil anos de função⁶. Estes mil anos custariam em hemodiálise dois e meio milhões de contos, tendo seguramente a despesa feita com o programa ao longo destes anos sido inferior a quinhentos mil contos. Um rim que se transplanta representa para o sistema de saúde uma economia superior a dez mil contos.

Num país como o nosso, que não é rico, mas que teve a dignidade de optar politicamente de forma favorável ao tratamento de todos os doentes renais, é absolutamente necessário que o número de transplantes aumente rapidamente de 20 para 50 transplantes de rim por milhão de habitantes e por ano.

A maior dificuldade para atingir um tal objectivo reside na obtenção dos órgãos, em boas condições e número suficiente.

O PROBLEMA DOS DADORES

Não é despropósito projectar no futuro a utilização clínica dos xenotransplante, mas na actualidade (e não sabemos até quando) a transplantação renal clínica pressupõe a disponibilidade de rins humanos funcionantes para transplantar.

Pode ser utilizado para o efeito um dos rins dum dador vivo saudável que sinta em si motivos fortes para assumir risco e sacrifício duma tal doação.

Na maior parte das vezes, porém, os rins humanos transplantados são colhidos em cadáveres. Os progressos da his-

tocompatibilidade e sobretudo os grandes avanços da terapêutica imunossupressora, aproximaram de tal forma os resultados dos transplantes de cadáver aos dos de dador vivo consanguíneo, que a única justificação para o sacrifício pedido aos últimos se radica em razões de urgência ou oportunidade em consequência duma longa espera.

Para conseguir rins de cadáver em condições de poderem funcionar, a colheita tem que ser feita o mais cedo possível depois da morte. Desde que as lesões neurológicas irreversíveis que caracterizam a morte passaram a ser reconhecidas e diagnosticadas com segurança, a morte passou a poder ser certificada nos casos chamados de morte cerebral. Nestas condições os órgãos recolhidos cirurgicamente enquanto o coração bate e a perfusão se processa normalmente como se de um dador vivo se tratasse.

Esta situação, de evolução relativamente recente, é menos conhecida em termos de rigor pelos leigos e até por alguns médicos. Confunde muitas vezes os juristas, toca profundamente nos sentimentos humanos e oferece condições que diríamos ideais para a exploração sensacionalista.

Como consequência, a controvérsia é um facto. Mas a discussão tem contribuído para o esclarecimento das pessoas, não obstante os prejuízos e percalços para os programas de transplantação.

Morte cerebral (conceito biológico, diagnóstico clínico e consequências jurídicas), consentimento (incluindo a posição da família do falecido), e o aproveitamento comercial dos transplantes (incluindo a doação remunerada de órgãos pares e a compensação oferecida aos familiares pelo facto de consistirem) são os pontos em redor dos quais toda a polémica se tem desenvolvido.

MORTE CEREBRAL

Desde que as unidades de cuidados intensivos puderam dispor de meios eficazes para prestar assistência aos casos mais graves de coma profundo, evitando pela ventilação mecânica que estes evoluam naturalmente para a apneia e consequente colapso, passou a observar-se pela própria evolução da lesão neurológica a situação que Mollaret e Goulon descreveram em 1959 e à qual chamaram *Coma dépassé* — estado para além do coma.

Quando todas as funções do tronco cerebral foram abolidas por lesões estruturais e irreversíveis, a pessoa morreu. Mesmo quando o episódio terminal é o colapso, com paragem cardíaca, a morte só se observa rigorosamente quando a isquémia resultante da paragem deu lugar no tronco cerebral a lesões totais e irreversíveis.

Dado que esta situação é posta em equação com a morte do indivíduo, prefere-se duma maneira geral, em vez de *Coma dépassé*, a designação de morte cerebral, ou, mais correctamente, morte do tronco cerebral.⁷

Cerca de metade dos doentes com diagnóstico de morte cerebral são vítimas de traumatismo craneano, e trinta por cento resultam de acidente vascular cerebral. Outras causas são os abscessos, as meningites e as encefalites. A paragem cardio-respiratória e a lesão cerebral como consequência do shock profundo, são causas relativamente raras de morte cerebral, pois conduzem mais frequentemente a um estado vegetativo.

Dadas as circunstâncias definitivas e dramáticas, facilmente se entende a importância que tem o diagnóstico de morte cerebral.

A simples menção de morte cerebral e *coma dépassé* deve ser rigorosamente evitada na expressão verbal ou escrita das equipas que tratam o doente, antes que a situação possa ser correctamente avaliada pela apreciação metódica das condições prévias e observação cuidadosa das situações de exclu-

são, nem antes da realização formal das provas nas condições regulamentares determinadas, como foi aprovado pela Ordem dos Médicos⁸.

Respeitados estes requisitos, e com apoio universal no consenso da ciência médica, a morte é formalmente diagnosticada com todas as consequências legais decorrentes.

Poderão então as equipas, simplesmente, desligar o ventilador. É incorrecto do ponto de vista médico, e deletério para todos os interessados, persistir illogicamente e aplicar num cadáver as técnicas do intensivista. Ventilar e dar apoio hemodinâmico nesta condições até ao inevitável colapso, é desumano.

Estes casos, dramáticos, não são uma maquiavélica invenção dos transplantadores. Não deixam de oferecer contudo as melhores condições possíveis para a obtenção de órgãos vitais para transplantar. É um imperativo de consciência salvar, no indivíduo que morreu, órgãos e tecidos para tratar e salvar a vida doutros doentes. Diagnosticada a morte cerebral, estes casos devem ser notificados às equipas de transplantação. Não havendo obstáculo nem contra-indicação, o ventilador será desligado no bloco operatório por ocasião da intervenção de recolha entretanto organizada.

Os profissionais, bem como a própria Sociedade, não devem deixar de atender aos objectivos humanitários e interesse sanitário dos programas de transplantação.

O PROBLEMA DO CONSENTIMENTO

Apesar dos imperativos de saúde pública presentes nos programas de transplantação, é geralmente aceite que a recolha de tecidos e órgãos não deve ter lugar contra a vontade do dador.

Ao contrário da autópsia médico-legal, que é obrigatória independentemente de qualquer fobia que o indivíduo tivesse manifestado em vida, a colheita de órgãos não pode realizar-se em presença de proibição.

Em muitos países, como por exemplo nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, promove-se uma activa e explícita aceitação em vida pela promoção de campanhas pedindo às pessoas que usem um cartão de dador. Quando o cartão não existe, e conforme as circunstâncias, um magistrado ou familiar mais chegado podem autorizar a colheita.

Na Europa do Direito Romano e das reformas Napoleónicas, a filosofia jurídica aplicável é diferente: o corpo não é propriedade de ninguém.

Deixou de ter personalidade e é uma coisa, mas uma coisa especial; *Res extra-comércio*, *Res religiosa* entre as referências aplicadas. Mantém atributos e dignidade como lhe pertenciam em vida^{9,10}.

Este tipo de filosofia transparece na Resolução (78) 29 do Conselho da Europa, quando determina: *Nenhuma colheita deve ter lugar quando houver objecção explícita ou presumida da parte do falecido, tomando em linha de conta as suas convicções religiosas e filosóficas. Na ausência de objecção, a colheita pode realizar-se*¹¹. Disposição semelhante a que encontramos no Art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 553/76: *Os médicos não podem proceder à colheita quando, por qualquer forma, lhes seja dado conhecimento da oposição do falecido*.

Accepta-se pois neste caso que existe a presunção do consentimento, visto toda a gente saber que a recolha de órgãos pode ser feita automaticamente na falta de oposição. Todos quantos possam opôr-se à eventual remoção dos seus órgãos para transplantação devem tomar a iniciativa de tornar conhecida essa vontade.

Não é aparentemente difícil, caso por caso, acautelar essa disposição, posto que as circunstâncias em que um indivíduo pode vir a ser dador são raras, e estão confinadas ao inter-

namento numa unidade de cuidados intensivos. Familiares ou amigos podem eventualmente transmitir a oposição do falecido. Não sendo assim, não se observando essa iniciativa, mais vale poupar a todos, família e profissionais, o envolvimento daquela no processo da colheita.

Primum non nocere. O desgosto da perda inesperada duma pessoa querida pode constituir um grande abalo para a própria saúde. Cleópatra mandava matar os portadores de más novas. Um familiar pode reagir de forma agressiva ou mesmo violenta quando abordado com vista a uma eventual colheita de órgãos. Normalmente o luto tem uma primeira fase de choque, uma segunda fase dominada pela preocupação pelo falecido, e finalmente uma terceira fase de resolução, conformação e esquecimento. Os sintomas são diferentes nas várias fases. Um fundo mais frágil, circunstâncias de violência relacionadas com a morte, o inesperado, conhecimento de mutilação, são factores de risco para as manifestações psicóticas do luto patológico.

Abordar a família para autorizar uma colheita, como se faz noutros países, parece-nos fora de toda a razão. Essa capacidade está conferida ao próprio, e só a ele diz respeito. Pode aceitar-se que a família tem o direito moral de se opor. Nunca poderá contudo autorizar.

AS SUSPEITAS DE COMERCIALIZAÇÃO

Com o aperfeiçoamento das técnicas, o número de transplantes aumentou em flecha. As indicações foram alargadas, e os transplantes não chegam para todos os doentes carecidos de tratamento.

Na competição da procura, ricos e pobres nem sempre têm oportunidades idênticas de obter um transplante terapêutico. A escassez de órgãos levanta suspeitas de comercialização. Pessoas de extrema pobreza oferecem para venda um dos seus rins, procurando melhorar pela aplicação do dinheiro assim obtido as condições do seu futuro. O médico não pode legitimamente colaborar e participar desta operação de compra e venda ao realizar o transplante. Proíbem-lho as prescrições legais nos vários países, e também a Transplantation Society sob pena de expulsão. Deplora-se contudo que de vez em quando chegue a notícia de casos deste tipo apesar da condenação generalizada das diversas instâncias sociais e profissionais.

Naqueles países onde é exigido contactar a família do falecido para obter autorização, nem sempre infelizmente a entrevista se desenvolve no alheamento de compensações e inuendos de diversa ordem, quando não se trata do pagamento puro e simples.

Em Portugal, os transplantes com rim de dador vivo foram em muito pequeno número, e o dador foi em todos os casos um dos pais ou dos irmãos do doente, num contexto em que dificilmente se pode imaginar qualquer compensação material.

Relativamente às colheitas feitas no dador cadáver, o anonimato prescrito no Art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 553/76 evita que os receptores possam sofrer assédio dos familiares do dador com vista à obtenção de benefícios, como por vezes se observou no estrangeiro. A lei portuguesa não dispõe que a família tenha que autorizar a colheita, não havendo também nessa diligência a possibilidade de realizar uma transacção.

No que refere à escolha do receptor, os programas de transplantação renal estão organizados com grande transparência. Quando ocorre um dador, e conhecidos os resultados da tipagem, é organizada uma lista ordenada dos possíveis receptores. O Lusotransplante é responsável pela organização da lista nos Laboratórios de Histocompatibilidade, tendo ulteriormente conhecimento em cada caso do destino que tiverem os órgãos colhidos.

FASE ACTUAL DO DESENVOLVIMENTO DOS PROGRAMAS

O impulso de 1980 para um Programa Nacional de Transplantação, foi consistente e eficaz. Governo, Instituições e Técnicos tiveram a oportunidade de se encontrarem para trabalhar em conjunto. Neste esforço, cabe um lugar de destaque à Fundação Gulbenkian, à qual sempre preocupou dimensão nacional do Programa. Devemos à sua iniciativa e meios terem sido postos a funcionar os três laboratórios regionais de histocompatibilidade, embrião do Lusotransplante. Trata-se duma base de apoio indispensável para o desenvolvimento dos programas clínicos de transplantação de órgãos.

Os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em Lisboa organizaram desde logo as suas unidades de transplantação. A primeira colheita de rins no cadáver feita em Portugal teve lugar em Junho de 1980, em Coimbra. Os dois rins daquele homem que morreu há nove anos funcionam ainda nos dois doentes que os receberam: um que foi transplantado em Coimbra, e o outro na Cruz Vermelha em Lisboa.

Nos Quadros 1 e 2, que apresentamos com base em elementos cedidos pelo Lusotransplante, registamos, por ano e por hospitais e centros, o número de transplantes renais e o número de colheitas realizadas no cadáver.

QUADRO 1 — Transplantação Renal. N.º de Transplantes por Unidade e por Ano

ANOS	LISBOA				COIMBRA	PORTO	
	C.V.P.	Stª. Cruz	S.F. Xavier	Stª. Maria	H.U. Coimbra	Stº. António	S. João
1980	6	—	—	—	2	—	—
1981	22	—	—	—	4	—	—
1982	26	—	—	—	4	—	—
1983	56	—	—	—	4	5	4
1984	39	—	—	—	7	17	—
1985	49	12	—	—	8	20	—
1986	47	14	—	—	19	26	—
1987	87	21	—	—	32	37	4
1988	75	35	8	—	20	57	2
1989	42	8	5	2	28	24	9
TOTAIS	449	90	13	2	128	186	19

Registos dos transplantes realizados até 16 de Junho de 1989.

QUADRO 2 — N.º de Colheitas Efectuadas por Unidade e por Ano

ANOS	LISBOA			COIMBRA		PORTO		BRAGA
	H. Civis	S.F. Xavier	Stª. Maria	H.U.C.	C.H.C.	S. João	Stº. António	S.Marcos
1980	1	—	2	2	—	—	—	—
1981	15	—	—	2	—	—	—	—
1982	14	—	—	4	—	—	—	—
1983	28	—	—	3	—	2	4	—
1984	20	—	—	8	—	—	8	—
1985	33	—	—	7	2	—	10	—
1986	32	—	—	10	—	—	14	—
1987	54	—	—	13	3	9	17	—
1988	54	14	1	6	1	2	24	6
1989	18	—	3	8	—	6	7	2
TOTAIS	269	14	6	63	6	19	84	8

Registo de colheita de rins efectuadas até 31 de Abril de 1989.

A análise dos quadros deixa-nos alguma satisfação: a fase de arranque foi vencida, e as várias unidades manifestam grande dinamismo e resultados de boa qualidade, demonstrando uma excelente preparação das equipas. Enquanto se usou a imunossupressão clássica (azathioprine + prednisona) os resultados excederam os 60% de funcionalidade do enxerto na passagem do primeiro ano. Em 1985 foi possível passar a tratar os doentes com ciclosporina A, e os resultados ultrapassam hoje os 90% de rins funcionantes aos doze meses. Nestes nove anos, a mortalidade global é inferior a 10%.

Motivos de satisfação que podemos levar um pouco mais longe: observou-se a desmitificação da transplantação renal. A medicina portuguesa encontrou uma capacidade de realização que muitos pessimistas acreditavam perdida. Os sucessos da transplantação renal vieram demonstrar que é possível realizar em Portugal as técnicas mais espectaculares da medicina moderna, mesmo quando se exige, para além do brilho da iniciativa individual, a presença de equipas organizadas sobre protocolos complexos. E aí temos a confirmá-lo os sucessos da transplantação cardíaca e da medula óssea.

Considerado porém na sua globalidade o problema de saúde pública representados pelos Insuficientes Renais Crónicos, e o equilíbrio do binómio hemodiálise/transplantação renal, os números obtidos estão muito aquém do que desejamos, pior, do que necessitaríamos: para 500 transplantes que deviam ter sido feitos em 1988, conseguimos apenas realizar em todos os centros 197. É um esforço importante, os números têm crescido sempre, mas não tanto como é preciso.

Um dos aspectos mais significativos da evolução actual da transplantação renal em Lisboa, consiste no aparecimento de novas unidades de transplantação. Santa Cruz, em 1985, demonstrou, com os 90 transplantes que já realizou, que os novos centros podem contribuir, mais do que para dividir o trabalho dos centros existentes, para ampliar os próprios resultados numéricos do Programa. Esperamos que a abertura de unidades em S. Francisco Xavier, Santa Maria e Hospitais Civis possa contribuir para resolver o equilíbrio do binómio no tratamento dos doentes renais.

Acontece, ao menos aparentemente, que os serviços médicos se organizaram para oferecer suficiência neste sector. O País está pois na situação de poder escolher. A recolha de órgãos deve continuar a poder processar-se em todos os eventuais dadores, aceitando como meritória e indispensável a tarefa de recuperar em indivíduos que morreram órgãos e tecidos que sobrevivem, e que sendo bons podem substituir transplantados noutras pessoas partes homólogas irremediavelmente doentes. Os transplantes podem curar e salvar a vida de muitos doentes.

Pelos benefícios que comporta, a recolha deve continuar a ser a regra, respeitando embora como excepção a fobia que em relação à colheita um eventual dador tiver tido a preocupação e o cuidado de manifestar em vida. Os transplantadores precisam da compreensão e apoio dos seus concidadãos, condição indispensável para que o seu trabalho possa prosseguir e atingir finalmente os objectivos desejados.

BIBLIOGRAFIA

1. ATCHLEY, DANA W.: Uremia. In: Cecil, R.L.: Loeb, R.F. A Textbook of Medicine, 9th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders 1955; 1122-1125.
2. CALNE, R.Y. — A gift of life. Observations on organ transplantation. Aylesbury, Bucks.: MTP, 1970.
3. PENA, J.R., PENA, R. — O binómio diálise-transplantação renal. Situação do problema em Portugal e esquematização duma solução lógica, rendível e viável. O Médico 1976; 79: 563-576.
4. RIBEIRO SANTOS, J. — Perspectivas na terapêutica da insuficiência renal crónica em Portugal. Lisboa, Sociedade Médica dos H.C.L., 1978.
5. PONCE, P., REMEDIO, F., RIBEIRO SANTOS, J. — Relatório do Gabinete de Registo do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Jornal das Ciências Médicas 1988; 152: 156-166.
6. PENA, J.R. — Actividade da Unidade da Cruz Vermelha Portuguesa numa perspectiva Nacional. Insuficiência renal crónica, hemodiálise, transplantação renal. Lisboa, UTR da CVP, 1988.
7. PALLIS, CHRISTOPHER — ABC of brain stem death (Articles from the British Medical journal London. British Medical Association, 1983.
8. Regras ou critérios de semiologia medico-legal para a verificação da morte cerebral. (parecer do Grupo de Trabalho da Ordem dos Médicos nomeado para o estudo da morte cerebral). Revista da Ordem dos Médicos 1986; n.º 4/86; 14-19.
9. Procuradoria Geral da República. Condição jurídica do cadáver. Aspectos jurídicos da utilização do material cadavérico em cirurgia. Parecer n.º 35/52 de 27 de Novembro de 1952. Boletim do Ministério da Justiça 1960; 94: 49-60.
10. Procuradoria Geral da República. Parecer n.º 60/59 de 14 de Janeiro de 1960. Boletim do Ministério da Justiça 1960; 94: 62-78.
11. Harmonisation of legislations of member states relating to removal, grafting and transplantation of human substances. Resolution (78) 29 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe, 11 May 1978. Strasbourg, Council of Europe, 1978.

Pedido de Separatas:
J. Rodrigues Pena
Unidade de Transplantação
Hospital Cruz Vermelha Portuguesa
Rua Duarte Galvão, 54
1500 Lisboa