



**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Declaro aberta a presente reunião.

Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pelo *site* da Câmara na Internet.

Informo ainda que as imagens e o áudio estarão disponíveis na página desta Comissão logo após o encerramento dos trabalhos. As fotos do evento serão disponibilizadas no Banco de Imagens da Agência Câmara, na página da Câmara dos Deputados. As filmagens da *TV Câmara* poderão ser solicitadas junto à Secretaria desta Comissão.

Esta reunião de audiência pública foi convocada nos termos do Requerimento nº 321, de 2016, do Deputado Antônio Jácome, subscrito pelos Deputados Alexandre Serfiotis e Zenaide Maia e aprovado por esta Comissão.

Nesta audiência vamos discutir o Projeto de Lei nº 1.724, de 2015, que altera a Lei nº 11.930, de 22 de abril de 2009, que institui a Semana de Mobilização Nacional para Doação de Medula Óssea, para regular a atualização dos cadastros de doadores.

Antes de convidar os palestrantes, nossos ilustres convidados, para compor a Mesa, gostaria de trazer algumas informações sobre o tema em debate.

O Projeto de Lei nº 1.724 busca incrementar os mecanismos que permitam a atualização do cadastro de doadores de medula óssea no Brasil.

Como Relator da matéria, propus esta audiência pública também para ouvir a opinião dos especialistas e aprimorar a proposta para que possamos votar matéria que atenda aos anseios dos pacientes, dos doadores e da sociedade, que reivindicam melhorias no atendimento prestado na rede pública de saúde.

De acordo com o INCA, o número de doadores voluntários tem aumentando expressivamente nos últimos anos. Em 2000, eram apenas 12 mil inscritos, o que representava em torno de 10% no Brasil, um índice bem inferior ao de outros países no mundo. Hoje, são 4 milhões de doadores inscritos.

É importante ressaltar que a chance de identificar um doador compatível no Brasil na fase preliminar da busca é de até 88%. No final do processo, 64% dos pacientes têm ou terão doador compatível confirmado. Com esses números, o Brasil passou a ter, no caso, o terceiro maior banco de dados do gênero no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos e para a Alemanha.



Hoje existem no Brasil em torno de 70 centros para transplantes de medula óssea. Desses, 30 realizam transplantes com doadores não aparentados e estão distribuídos em oito Estados e no Distrito Federal.

É importante ressaltar — faço questão de trazer essas informações para os que nos assistem pela Internet ou para os que em algum momento vão acompanhar esta audiência — os critérios para que uma pessoa se torne doadora de medula óssea.

Precisa ter entre 18 anos e 55 anos e, é claro, estar com boa saúde.

Certamente nossos convidados falarão com mais propriedade sobre o assunto, mas é bom lembrar que essa retirada de medula é feita nos ossos da bacia, através de punções, e que a medula se recompõe ao longo de 15 dias.

Os doadores preenchem um formulário com dados pessoais, e é coletada uma amostra de sangue, em torno de 5 mililitros, para testes. Esses testes determinam as características genéticas que são necessárias para a compatibilidade entre o doador e o paciente.

Os dados pessoais e os resultados dos testes são armazenados. É um sistema informatizado que realiza o cruzamento desses dados com os dos pacientes que estão necessitando de transplante. Havendo compatibilidade, o doador é então chamado para fazer exames complementares e, se for o caso, realizar a doação.

O processo seria relativamente simples, fácil, se não fosse o problema da compatibilidade entre as células do doador e as do receptor. Quando há incompatibilidade, o processo se torna muito mais difícil.

Por isso, são organizados registros de doadores voluntários de medula óssea, cuja função é cadastrar pessoas dispostas a doar. Quando um paciente necessita de transplantes e não possui um doador na família, esse cadastro é consultado. Se não for encontrado um doador compatível, ele será convidado a fazer a doação.

Para o doador, a doação será apenas um incômodo passageiro. Para o doente, significará, muitas vezes, a diferença entre a vida e a morte.

Após essas informações preliminares, com muita honra gostaria de convidar para tomar assento à mesa o Dr. Luis Fernando da Silva Bouzas, Diretor do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea do Instituto Nacional de Câncer, e a Dra. Rosana Reis, Coordenadora do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde. *(Pausa.)*



Comunico aos senhores participantes desta Comissão que cada convidado terá 15 minutos para fazer a sua exposição — esse prazo é prorrogável a juízo desta Presidência — e não pode ser apartado.

Hoje é um dia meio atípico. Estamos votando uma PEC de interesse nacional, a PEC 241, que está mobilizando o País inteiro. Estamos tendo que participar de sucessivas votações nominais no plenário da Casa.

Os Deputados inscritos para interpelar os convidados poderão fazê-lo estritamente sobre o assunto da exposição, pelo prazo de 3 minutos.

Para que dê início à audiência propriamente dita, tenho a alegria de passar a palavra ao Prof. Luis Fernando da Silva Bouzas, Diretor do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea do Instituto Nacional de Câncer — INCA.

Seja bem-vindo, Dr. Luis Fernando, a quem a palavra está facultada.

**O SR. LUIS FERNANDO DA SILVA BOUZAS** - Boa tarde a todos.

Agradeço ao Deputado Antônio Jácome pela oportunidade de estar aqui para participar desta audiência e, ao mesmo tempo, para trazer informações a respeito do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea — REDOME.

Inicialmente gostaria de dizer que o REDOME é uma conquista do nosso País. Ele é considerado hoje o terceiro maior registro de doadores voluntários de medula óssea do mundo. Dentre os que foram instituídos com recursos públicos, é o maior.

Esse registro foi criado em 1993, justamente devido à necessidade de se encontrarem, em caso de transplante, doadores de medula óssea para pacientes que não tinham um doador familiar compatível.

Cabe o esclarecimento de que sempre o primeiro quesito para a escolha de um doador de medula óssea é a existência de um irmão compatível, e a compatibilidade é relacionada a uma característica genética que se encontra no cromossomo 6. Essa é uma informação importante, porque, muitas vezes, se confunde compatibilidade genética com compatibilidade de grupos sanguíneos ou com outros tipos de testes que são realizados.

Somente cerca de 25% da população — esse é um número de análise genética — possuem um doador compatível na família, um irmão idêntico. Isso vem cada vez mais se tornando uma dificuldade, em função de as famílias modernas não terem grande número de filhos. Cada vez mais as famílias estão se tornando menores, têm um ou dois filhos, no



máximo. Com isso, vem aumentando a dificuldade para se encontrar um doador, um irmão idêntico para se fazer o transplante.

A partir da década de 90, foi importante se reconhecer que era possível encontrar na população em geral indivíduos que, apesar de não terem nenhum tipo de relação, de não serem irmãos, de não serem familiares, tinham essa característica que permitia o transplante ou a compatibilidade para o transplante. Então, isso aumentou muito a chance daqueles pacientes que precisavam realizar esse procedimento.

Hoje consideramos que cerca de 70% dos pacientes que precisam realizar o transplante, precisam de uma medula óssea normal, dependem de doadores que são identificados na população em geral.

Em meados da década de 90, no mundo inteiro, começaram os esforços para se desenvolverem registros de doadores voluntários. No Brasil, isso não foi diferente, mas, com todas as dificuldades do nosso País na época, ao final da década de 90 tínhamos apenas cerca de 12 mil doadores cadastrados.

Naquele momento, em 1999, o registro foi transferido para o Instituto Nacional de Câncer. Com todo o apoio do Ministério da Saúde, que vinha então regulamentando toda essa área de transplantes, principalmente a área de transplantes de medula óssea, conseguimos estruturar melhor o registro. Mesmo assim, durante 2 anos ou 3 anos, o crescimento foi pequeno, atingindo-se, em 2003, o número de 35 mil doadores. Isso permitia que se encontrasse doador para um brasileiro em aproximadamente 10% dos casos apenas, número bastante baixo para as necessidades do nosso País e dos pacientes que precisavam do transplante.

A partir de então, o Ministério da Saúde, com o Sistema Nacional de Transplantes, estabeleceu que seria feito um grande esforço, um grande programa para aumentar esse registro e a representatividade da população no que diz respeito ao registro de doadores voluntários.

Esse não é um esforço só do Ministério, porque envolve várias instituições no País, tanto públicas quanto privadas, empresas, ONGs. Participaram desse esforço de conscientização da população. Nós temos hoje a felicidade de apontar que o registro tem 4 milhões e 200 mil doadores já cadastrados, o que representa aproximadamente 2,5% da população do País.



Esse número é também significativo quando verificamos o número de doadores que são acrescentados ao registro todos os anos. Chegamos a atingir um número bastante expressivo, cerca de 700 mil doadores em 2011. Nesse momento, atingimos marca tão importante no registro que foi necessário regular a entrada de novos doadores.

Essa regulação não vem a ser restritiva, é uma forma de organizar a entrada de novos doadores no registro, procurando fazer com que os doadores venham de todas as regiões do País, de todos os lugares mais distantes do nosso País, que têm características genéticas próprias, e não somente de determinadas regiões mais organizadas, como era o caso daquele momento, em que grandes quantidades de doadores vinham das Regiões Sul e Sudeste e poucos vinham das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Então, em 2011 e 2012, nós regulamos, através do Ministério da Saúde, a entrada de doadores novos no registro. Mesmo assim, hoje são acrescentados ao registro de doadores em torno de 300 mil doadores novos todos os anos, o que ultrapassa inclusive o número de doadores cadastrados regularmente pelos dois outros registros que nos ultrapassam em número: o americano e o alemão.

Por que isso é importante? O Brasil tem uma característica genética muito peculiar. Alguns grupos da população são bastante uniformes, e outros grupos, bastante miscigenados. A dificuldade de se encontrar doador aumenta com esse nível de miscigenação. Por isso é importante se ter um registro bem estabelecido no Brasil. E, para que ele seja bem estabelecido, precisa basicamente de duas coisas. Nele precisa estar representada a população de todas as regiões do nosso País, e os doadores cadastrados têm que estar conscientes da atualização dos seus dados no registro.

Por que isso é importante? Porque o doador, quando se cadastra, é apenas incluído numa lista de candidatos à doação. Quando ele é selecionado para a doação, o REDOME precisa entrar em contato com esse doador, e ele tem que comparecer para realizar mais testes de compatibilidade e qualidade e para mostrar como ele está em termos de saúde. Se o cadastro do doador não estiver atualizado, não estiver correto, quando o selecionarmos, não vamos poder encontrá-lo para a realização do procedimento da doação.

Hoje em dia, as ações mais importantes para o REDOME e para os pacientes brasileiros são as que envolvem a fidelização dos doadores. Necessitam os doadores



estar ativos no cadastro e seus dados precisam estar atualizados. Essas são questões importantes.

Eu gostaria também de dizer que aquela possibilidade de 10%, em 2003, de se encontrar um doador compatível para um brasileiro transformou-se hoje em cerca de 90%. Quando falamos isso, nós estamos considerando os doadores listados no REDOME e os doadores que estão listados em todos os países com os quais o registro mantém comunicação. Então, o REDOME hoje se comunica com cerca de 70 registros em todo o mundo. Esse *pool* de doadores já atingiu cerca de 28 milhões de doadores no mundo inteiro, o que possibilita que um brasileiro encontre doador no nosso País, no REDOME, ou em outra parte do mundo, caso isso seja possível, porque influencia nisso a miscigenação, a característica genética do doador.

Esse é um dado significativo, é um dado importante. Cerca de 90% dos pacientes encontram um doador compatível. É lógico que esse é um dado de compatibilidade. Daí termos que partir para encontrar o doador efetivamente em sua residência. Se o dado, o telefone, o *e-mail*, o endereço, não estiver correto, se ele mudou de residência, se ele mudou algum de seus dados, isso vai dificultar muito a realização do procedimento da doação.

Eu acho que, para a preliminar, seria isso. Estou à disposição para responder algum questionamento, alguma pergunta.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Quero agradecer ao Dr. Luis Fernando por essa exposição inicial.

Registro a presença, por alguns instantes, da Deputada Renata Abreu e do Deputado Mandetta.

Passo a palavra à Dra. Rosana Reis, que coordena o Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde.

**A SRA. ROSANA REIS NOTHEN** - Boa tarde a todos.

Deputado, muito obrigada pela oportunidade de estar aqui e falar um pouco do nosso sistema de transplantes.

O sistema brasileiro de transplantes ainda é um adulto jovem, é pouco mais que um adolescente. Começou a ser normatizado em 1997, por meio de uma lei federal que contextualizou toda a atividade que lida com doações de partes do corpo humano, entre as quais está incluída a medula óssea.



Esse sistema vem amadurecendo e tendo ganhos importantes. É hoje uma das políticas mais importantes do Ministério da Saúde, envolve financiamento bilionário e traz, desde o início, alguns preceitos fundamentais que nos fizeram ganhar a confiança da sociedade, a ponto de haver uma resposta bastante importante hoje em relação à quantidade de doadores de órgãos, de tecidos, de medula.

É bem importante frisarmos que, quando o sistema começou, no que se refere a órgãos, por exemplo, tínhamos em torno de três doadores por milhão de habitantes, e hoje já são 15. Nós aumentamos então cinco vezes o nosso desempenho em relação a esse perfil de doador que é bastante característico desta situação clínica grave, difícil de ser alcançada, que se encontra no interior das UTIs: a situação da morte encefálica. Mesmo nessa complexa e sofisticada rede que precisamos estabelecer para viabilizar essas doações, vimos trabalhando sempre com um crescimento sustentado.

No caso do transplante de medula óssea, especificamente do registro de doadores, que é o nosso insumo mais importante para a realização do transplante, sem dúvida nenhuma o REDOME é um caso de sucesso, um caso de sucesso internacional, pela lógica que se estabeleceu para a obtenção desses doadores. O decisivo apoio do Governo Federal em relação ao financiamento da criação desse registro possibilitou a envergadura que ele tem hoje, sendo o terceiro maior do mundo. Se considerarmos os sistemas de saúde públicos, é o primeiro, é o maior. Isso é um ganho enorme. Vimos aqui manifestar toda a intenção que o Governo Federal continua tendo no sentido de sustentar essa política de obtenção de oportunidades de transplante para os pacientes que são portadores de condição compatível com o tratamento, com o transplante de medula óssea.

É muito importante frisarmos também que a obtenção do doador é uma parte do processo. Às vezes, a oportunidade do tratamento depende de muitas outras coisas, principalmente do controle da doença de base do paciente, que, muitas vezes, se mostra incontrolável e refratária ao que propomos fazer como tratamento inicial. Então, nem todo paciente que é candidato a transplante de medula consegue ser bem-sucedido nisto, chegar a alcançar essa fase do tratamento, não só pela eventual ausência do doador, mas também, sobretudo, por intercorrências clínicas que fazem com que o transplante não possa ser realizado.



Dentro desse contexto e no afã de se fazer o registro, com todo o apoio que existia, houve muitas campanhas, muitas oportunidades em que as pessoas se manifestaram doadoras, nem sempre com a cautela de fornecer todos os dados necessários para que elas fossem alcançáveis depois. Então, sem dúvida nenhuma, assim como trabalhamos a ideia de que a sociedade não é a responsável por eventuais dificuldades que tenhamos em obter doadores de órgãos, acreditamos que precisamos, sim, trabalhar muito os profissionais da saúde que lidam com essas situações.

Isso vale para os casos de doação de medula. Evoluímos para fazer uma capacitação muito grande das pessoas que lidam com a recepção desses doadores, com o acolhimento deles, dos nossos potenciais doadores de medula. Temos de lembrar que nem todos eles serão doadores — apenas uma pequena fração vai ter a oportunidade de doar —, mas, quando se manifestam e desejam ser doadores, nós precisamos acolhê-los da melhor maneira possível, sempre deixando muito clara a necessidade de que esses dados de busca, de localização do doador sejam mantidos atualizados. Hoje, com a dimensão que o REDOME tomou, todas as nossas campanhas têm sido voltadas para a necessidade de que os nossos doadores atualizem os seus registros e usem as ferramentas que o REDOME disponibiliza para que os seus cadastros sejam atualizados.

Em relação à sustentabilidade do sistema, nós temos como um pé muito importante disso tudo a transparência de tudo o que fazemos e o tratamento ético inarredável relativamente a todas as situações que se colocam aqui.

A confidencialidade, embora não seja uma exigência da nossa lei, é altamente recomendável. Todos os sistemas de transplante do mundo lidam com o tratamento ético de que a confidencialidade, sim, é necessária entre receptor e doador e de que o doador tenha, dentro do sistema de saúde, um parceiro e um protetor em relação às suas necessidades e exigências do ponto de vista da discricção.

Por aí vem a nossa ideia de que a doação é voluntária, e voluntária ela deve permanecer, e de que a atualização dos registros também é um ato voluntário, já que, quando o doador se inscreve, ele é perfeitamente informado a respeito das decisões que está tomando. Ele assina tudo isso. Lá nós mostramos, com todas as letras, a necessidade de ele manter esses cadastros atualizados. Se ele não o faz, pode ser por várias razões, eventualmente por descolamento temporal e do objeto daquela questão





com o passar dos anos. Mas, de qualquer forma, nós defendemos que isso deva continuar sendo um registro voluntário e que as pessoas não sofram medidas coercitivas.

Abrir a confidencialidade das informações das pessoas em relação a seus registros em bancos de dados que são públicos ou privados, no nosso entender, fere essa ideia de que a pessoa deva ter seus direitos resguardados. Talvez isso seja contraproducente no sentido de afastar mais a população do registro do que de aproximá-la em relação à atualização dos dados.

Essa é a nossa ideia preliminar. Com isso, encerro a minha participação e estou aberta ao debate.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Muito obrigado, Dra. Rosana, pela intervenção inicial.

Quero registrar a presença da Deputada Carmen Zanotto, que, além de ser muito atuante no debate dos assuntos relativos à saúde, preside, assim como eu, uma frente parlamentar da área oncológica aqui na Câmara Federal. Eu gostaria de passar a palavra à Deputada, que poderá se pronunciar e fazer perguntas ao Dr. Luis Fernando e à Dra. Rosana Reis.

Com a palavra a Deputada Carmen Zanotto.

**A SRA. CARMEN ZANOTTO** (PPS - SC) - Eu quero saudar o nobre Deputado, o Dr. Antônio Jácome, que preside esta audiência pública, e os nossos convidados, o Dr. Luis Fernando e a Dra. Rosana Reis.

Eu acho que o próprio tema da proposta da audiência pública já é claro quando busca instituir a Semana de Mobilização Nacional para Doação de Medula Óssea. Eu acompanhei um pouco a situação do País como gestora estadual, quando conseguimos, depois de uma grande luta, junto com os profissionais do Hemocentro de Santa Catarina, implantar um banco de sangue de cordão umbilical, um banco de sangue de medula. Foi muito difícil porque, no desenho inicial proposto pelo Governo Federal, nós estávamos excluídos. Mas, com o trabalho da equipe e o apoio da Secretaria, conseguimos implantar isso lá.

A minha pergunta não é propriamente, nobre Deputado Antônio, sobre lei que vai instituir a Semana — que eu acho que, por si só, já se explica —, mas com relação às dificuldades que a HEMORREDE pode estar enfrentando no seu financiamento, num momento em que estamos discutindo muito a questão do financiamento da saúde.



Quando há um paciente precisando de medula e não se localiza medula compatível, as campanhas se intensificam mais naquele período, quase como uma solidariedade da população da cidade ou região onde está aquela pessoa. Há aquela corrida quase mais intensa, e os serviços não dão conta de cadastrar e atender todos. Como poderíamos melhorar e ter isso mais sistemático e organizado dentro dos serviços de saúde?

O custo desses serviços também é alto. Sabemos da manutenção dos bancos. Como está se dando o repasse do Ministério da Saúde para a manutenção desses serviços? A receita e a despesa estão equilibradas, ou estamos mais ou menos como os demais procedimentos do Sistema Único de Saúde, em que o serviço prestado, muitas vezes, está 40% a 60% acima daquilo que é repassado pelo órgão principal, nesse caso, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde.

Para nós, o INCA continua sendo e será a grande referência da área do câncer. Mas me preocupa bastante também o subfinanciamento que o Instituto tem vivido nos últimos anos. Ele tem um papel fundamental que vai muito além daquele que para alguns já é fundamental, que seria a assistência aos pacientes que o buscam: para mim, ele é o centro nacional de referência, de onde deveria sair, com mais intensidade, a revisão dos protocolos clínicos, em especial na área da oncologia.

Eu e o Deputado Antônio somos de frentes parlamentares similares e trabalhamos todos com o mesmo objetivo, que é, inclusive, evitar a judicialização e buscar a revisão mais frequente dos protocolos. Eu fui a primeira a apresentar o projeto que é hoje a Lei dos 60 dias, que garante o acesso a tratamento em até 60 dias. A Deputada Flávia apresentou um projeto logo depois do meu e muito similar. E nós duas conseguimos, junto com o Governo, construir o que hoje é a lei, que veio de um substitutivo. Naquele momento, nós tivemos que negociar com o Governo. A nossa vontade era que a lei, que hoje determina 60 dias, fosse de 30 dias, porque sabemos também que a cura do câncer está diretamente vinculada ao período entre o diagnóstico e o início efetivo do tratamento.

Temos percebido — e o próprio Tribunal de Contas da União tem apontado — muita dificuldade em se cumprirem prazos, em especial no tratamento geral do câncer. Eu gostaria de saber, com relação aos transplantes de medula, o número de serviços que estão transplantando no País e o tempo de espera dos pacientes após o diagnóstico, de localização de uma medula compatível, que eu acho que deve ser o maior desespero dos profissionais que atuam na área e da família, que ficam na expectativa. Será que, se



houver mais um doador cadastrado, é possível termos naquele doador a possibilidade de ser compatível com aquela pessoa que está precisando?

Meus questionamentos são nesse sentido. Peço desculpas porque, como estamos em processo de votação da PEC 241 em segundo turno, eu não pude pegar as falas dos senhores. Perdoem-me se eu fiz algum questionamento que já tivessem tratado aqui.

Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Eu agradeço a participação sempre brilhante da Deputada Carmen Zanotto.

Faculto, inicialmente, a palavra ao Dr. Luis Fernando.

**O SR. LUIS FERNANDO DA SILVA BOUZAS** - A Deputada Carmen Zanotto sempre está colaborando com a nossa luta para controle do câncer. Quero agradecer-lhe pelas perguntas.

São várias questões. No que diz respeito ao financiamento do REDOME, o cadastramento de doadores é totalmente coberto pelo sistema público. Isso não tem sido uma dificuldade pelo menos até o momento. Apesar de ser um valor alto, o cadastro de doadores vem sendo mantido.

Existe um custo envolvendo a busca de doador tanto nacional quanto internacional. Isso também é coberto por um contrato. Existe uma contratualização, e o Ministério da Saúde mantém esses valores.

Dificuldades. A senhora citou uma outra modalidade de doador: quando o sangue do cordão umbilical está armazenado nos bancos de sangue de cordão, como existe lá em Santa Catarina. Para esse sistema, foi criada uma estrutura com 12 bancos em todo o Brasil, chamada Rede BrasilCord, que tem uma manutenção feita pelo Ministério da Saúde. Mas, como essa manutenção está relacionada ao número de unidades de sangue de cordão que estão armazenadas, isso tem criado algumas dificuldades para os hemocentros no que diz respeito ao recurso necessário para a manutenção desses materiais.

O sangue do cordão umbilical é mais uma alternativa para se encontrar um doador. Então, existe o REDOME e a BrasilCord, que é a rede de sangue do cordão umbilical.

Em relação ao tempo entre se fazer um diagnóstico e realizar o transplante, temos que dividir isso de algumas formas. Quando se faz um diagnóstico, poucos pacientes necessitam ir diretamente para o transplante. Por exemplo, em caso de leucemia, é feito o



diagnóstico e o paciente tem ser tratado e entrar em remissão — no caso, controlar a leucemia —, para, então, ser realizado o transplante de medula óssea. Nesse tempo, já pode ser iniciada a busca do doador, visto que a maioria dos pacientes já tem uma característica que identificamos como necessária ao transplante.

Entre o início da busca e a seleção do doador, existe, hoje no Brasil, em média, um prazo de 4 a 6 meses. Esse é o prazo em que o REDOME disponibiliza um doador para o transplante. Isso não significa que se vá realizar o transplante em 4 a 6 meses, porque aí entram outros fatores, relacionados aos centros de transplantes e aos leitos e equipes necessários para a realização do procedimento.

Nos últimos 10 anos ou 15 anos — a Rosana pode me corrigir —, nós saímos de aproximadamente 14 ou 15 centros de transplantes que tínhamos no início da década dos anos 2000 para cerca de 90 centros que estão hoje disponíveis e realizando transplantes no Brasil. Esse é um aumento significativo em termos de procedimento de alta complexidade, que exige investimento de vulto e é feito no sistema público mesmo, porque a maioria, quase 90%, é realizada pelo sistema público.

Cito as dificuldades que nós temos hoje. Encontrar um doador compatível no sistema. Encontrar um doador efetivamente, porque o cadastro pode não estar atualizado. Há dados que mostram em torno de 30% dos doadores não têm o seu cadastro atualizado, o que dificulta a agilidade em se realizar o transplante. Também há dificuldade de o paciente chegar ao leito para a realização do procedimento. Então, isso dificulta a possibilidade de realizar, por exemplo, transplantes não aparentados, com doadores do REDOME.

No ano passado, realizamos 300 transplantes, que é um aumento significativo em relação a 2004. Este ano, o nosso número está chegando próximo dos 400 transplantes. Ou seja, de 300 transplantes, fomos para 400 transplantes. Mesmo assim, em torno de 300 pacientes com doador identificado estão aguardando para realizar o transplante. Então, existe um complexo, são várias situações, não há uma situação apenas.

O INCA é a minha instituição, a instituição a que me dediquei. Estou há cerca de 34 anos trabalhando no INCA e hoje dirijo a Unidade de Transplante de Medula Óssea outra vez, após deixar a Direção-Geral do Instituto. As dificuldades que temos são exatamente no que diz respeito ao reconhecimento da instituição como órgão de referência que apoia o Ministério da Saúde nos programas de controle e de prevenção e que determina os



protocolos em diferentes áreas, tanto na prevenção quanto na assistência. O INCA que tem uma importância e deve ser considerado como patrimônio da Nação.

O INCA tem sofrido, eu diria nos últimos 5 ou 6 anos, alguns problemas em relação a esse reconhecimento. E aqui, já que a Deputada pontuou, eu vou confirmar que as dificuldades existem. Vem sendo retomada a importância do INCA junto ao Ministério da Saúde, visto que os últimos Ministros têm dado bastante apoio ao Instituto. Mas temos que reconhecer que essa é uma área que necessita cada vez mais de investimento e de apoio, para que possamos atender melhor a nossa população.

Em 2020, o câncer se tornará a primeira causa de morte não só no País, mas no mundo. Isso é uma estimativa. Hoje o câncer é a segunda causa de morte, só perdendo para as causas cardiovasculares, mas vai assumir — esse é um número ruim — a ponta em mortalidade. Portanto, o investimento na área de oncologia tem que ser considerado, porque o câncer já é um grande problema de saúde pública e vai se tornar cada vez maior nos próximos anos.

Então, essa é uma mensagem que eu gostaria de deixar.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Obrigado, Dr. Luis Fernando.

Concedo a palavra à Dra. Rosana.

**A SRA. ROSANA REIS NOTHEN** - Obrigada pelas perguntas e pelas intervenções, Deputada.

Acho que esta oportunidade é importante para esclarecermos algumas coisas muito rapidamente. Esse não é exatamente o escopo da nossa reunião hoje, porque a alteração do projeto de lei que cria a Semana de Mobilização Nacional para Doação de Medula Óssea visa à questão de como vamos tratar a identificação e a busca desses doadores. Mas essas questões relacionadas à conformação do REDOME nos interessam e vêm sendo alvo cotidiano da nossa atenção.

A necessidade de criar parâmetros de inserção de doadores sob critérios étnicos relacionados ao seu perfil imunológico, para que se atenda melhor à diversidade necessária no REDOME, foi uma imposição financeira. Nós temos que lidar com limites. Em dado momento, em 2011, o REDOME comprometia 35% praticamente do orçamento de todo o transplante no Brasil. Nós estávamos gastando tanto com o REDOME quanto com todas as modalidades transplantadoras, incluindo o transplante de medula



propriamente dito. Por si só, esse é um dado que mostra que seguir numa política de crescimento tão acelerado era impossível e insustentável financeiramente. Agregue-se a isso um cenário de crise, em que estamos precisando, em vez de investimentos, fazer cortes e redimensionar os custos. Fica claro que a política do REDOME precisa continuar sendo feita com sabedoria, buscando aqueles doadores de que precisamos e qualificando o registro do ponto de vista da acessibilidade dos doentes e do alcance dos doadores.

Então, do ponto de vista gerencial do REDOME, o Ministério segue dando todo o apoio, o REDOME segue sendo sustentado pelo Ministério, com financiamento 100% federal.

Essa lógica da participação dos hemocentros na criação do REDOME foi exatamente no sentido de obtermos um doador mais jovem, mais fidelizado e mais saudável. Por isso, a busca do REDOME foi concebida dentro dos hemocentros. E, se nós formos atrás dos registros que emanam dos hemocentros, provavelmente não vamos ter problema de localizar essas pessoas.

O problema são as campanhas pontuais, que agregam pessoas que vão passando na praça e se decidem doadoras no impulso, mas depois não se fidelizam. Corre-se o risco inclusive de, em sendo chamadas, essas pessoas também não doarem, porque não houve uma decisão madura e tomada dentro da concepção do que ela significa, que é estar disponível no momento em que alguém.

Por isso, vimos trabalhando muito na qualificação do nosso processo de trabalho, no que podemos fazer com custo baixo e com muita eficiência. É por aí que temos tentado seguir.

Sobre a questão da hemoterapia, eu não vou me alongar muito. Mas eu acho importante ressaltar — este é um ponto de construção conjunta que temos pela frente — que a criação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados nunca foi pactuada. Toda a participação do que é municipal, estadual, federal vem sendo feita de maneira histórica, de acordo com os papéis que cada um vem assumindo. Acho que cabe espaço para o debate, que precisamos olhar realmente o financiamento da hemoterapia. Isso vem sendo trabalhado e está pautado no Ministério.

As dificuldades dos hemocentros são muito heterogêneas, dependendo do nível do apoio do gestor estadual. É muito importante entender que, na hemoterapia, a gestão local tem uma participação que é decisiva. Alguns hemocentros conseguem ter um



desempenho tão bom quanto no caso do Estado da Deputada, em que há um hemocentro exemplar do ponto de vista de qualidade e de conquistas, especialmente nos últimos anos.

Então, é isso que desejamos para todos os nossos hemocentros, para toda a nossa hemoterapia. E isso não depende só de verba e não só do Ministério da Saúde, precisa ser uma construção da sociedade.

Deputada, não sei se eu deixei alguma coisa em aberto em relação ao que a senhora havia perguntado.

Eu só queria, rapidamente, registrar a questão mencionada pelo Dr. Bouzas em relação à disponibilidade dos leitos. *(Pausa.)* Nós vimos mantendo, há muitos anos, políticas de incentivo de criação de novos leitos, mas os hospitais têm sido refratários a aderir a essas políticas.

A medula é uma unidade assistencial bastante complexa não só pelos custos, mas até mesmo pela questão dos recursos humanos, que são raros e extremamente diferenciados. Ela interfere na qualidade de vida do prestador do serviço e compromete bastante o interesse das pessoas, porque é preciso ter disponibilidade integral para aqueles doentes, que ficam muito tempo debaixo de assistência. Então, nós temos tentado incentivar a formação de novos recursos humanos, criar projetos pontuais de disponibilização dessas pessoas no mercado de trabalho, para que consigamos aumentar o número de leitos.

Também vimos aperfeiçoando a regulação desses pacientes, oferecendo-lhes a possibilidade de transplantar em outro lugar que não seja o seu hospital de origem. Às vezes, é difícil que o doente aceite, porque ele já está fidelizado em determinado serviço. Então, estamos trabalhando mais com a ideia de ampliar leitos naqueles centros que já fazem bastantes transplantes do que com a ideia de criar novos leitos e de tentar regular os pacientes entre os devidos serviços, para que possamos atendê-los mais rapidamente.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Antes de ouvir novamente o Dr. Luis Fernando, eu queria acrescentar umas perguntas. Aí o Sr. Luis Fernando e a Dra. Rosana já aproveitam e comentam.

Como estamos tratando da questão do cadastro e sabemos que o maior gargalo está nele, indago se, por exemplo, nessa atualização do cadastro, que é um dado importante, há informações de perda de captação, porque o telefone mudou, e o doador



não é encontrado. Uma medida como, por exemplo, a obrigação compulsória das operadoras de telefonia de repassar os telefones, resguardando o devido sigilo, seria importante nessa questão do cadastro?

Pergunto também se o senhor ou a senhora têm dados do índice de transplantes entre os aparentados e os não aparentados. Como está esse balanço entre os doadores parentes ou não parentes dos pacientes? Há uma estatística mostrando qual o índice de indisponibilidade dos que são chamados, o índice de negação?

Por fim, a senhora falou nos 35% que o REDOME chegou a ocupar dentro da política de transplante. Eu entendi a sua fala como se fosse um desestímulo do Ministério no sentido de ampliar ou de manter esse alto índice, uma vez que há outros transplantes tão importantes quanto o de medula. Como está essa questão da demanda depois do redimensionamento pelo Ministério da Saúde?

Com a palavra o Dr. Luis Fernando.

**O SR. LUIS FERNANDO DA SILVA BOUZAS** - Em relação ao cadastro, a atualização é fundamental. Um investimento inicial é feito para acréscimo de novos doadores, e, se o doador não é encontrado no momento em que nós precisamos dele, para realização do transplante, há um desperdício. Existe um paciente aguardando lá ponta, com a família angustiada, e necessitando realizar o transplante. Então, é fundamental que esse cadastro esteja atualizado.

Há ações que estão sendo feitas já há algum tempo, de divulgação dessa informação, para a pessoa manter o cadastro atualizado, tentando melhorar junto aos hemocentros a entrada dos novos doadores, para que eles tenham essa conscientização. Existe um portal do REDOME onde há um formulário de atualização *on-line*, que pode ser feita pelos doadores. Ou seja, todas essas ações vêm sendo feitas. Porém, qualquer esforço a mais que facilite que esse doador seja encontrado é sempre importante.

Nós ficamos sempre muito preocupados com algo. Por se tratar de uma doação ou de uma candidatura à doação voluntária, é preciso evitar qualquer ação que seja impositiva, mandatária, que pode, ao invés de ter um efeito positivo, ter um efeito negativo, fazendo com que as pessoas deixem de se candidatar à doação por não quererem que, um dia, por exemplo, sua vida seja rastreada e que sejam encontrados seus dados, endereço ou coisa assim. Então, sempre temos a preocupação de considerar o cadastro e a doação como uma ação voluntária.





Nós tentamos, de alguma forma, vincular, por exemplo, documentos como o CPF e o título de eleitor, outros tipos de cadastros que são públicos, como o cartão SUS, o que seria ideal para que pudéssemos encontrar, com mais facilidade, esses doadores. Mas essa ação mandatária, inclusive, já gerou, por exemplo, um tipo de desconforto quando um doador que foi selecionado não tinha condições de doar naquele momento, porque estava com impedimento familiar. A família do paciente, sabendo desse detalhe, queria colocar a Polícia Federal para buscar o doador e obrigá-lo a doar de qualquer maneira. Ora, isso é uma ação inadequada porque a doação é voluntária: o doador sempre tem o direito, em algum momento, lógico que não depois que começa o processo de transplante, de não doar e não participar do programa, porque é voluntário.

O problema da confidencialidade também é outro fato. Ele assina um termo, e nós nos comprometemos a manter os seus dados confidenciais, como endereço, *e-mail*. Isso não é compartilhado de forma alguma pelo REDOME. Fazemos um esforço muito grande para manter esses dados sempre muito restritos ao uso para o qual nos propomos, que é encontrar o doador para doação de medula. Então, essa é uma dificuldade que temos.

Manter atualizado o cadastro é importante. Mas, com relação às ações para que isso aconteça, temos que tomar cuidado para não haver o efeito reverso, ou seja, que as pessoas não queiram se cadastrar com medo justamente dessa imposição ou coisa parecida.

Quanto ao número de transplantes com doador aparentado e não aparentado, aproximadamente, hoje são realizados de 800 a mil transplantes por ano com doador aparentado no País. Esses são os transplantes chamados alogênicos aparentados. E os transplantes não aparentados vêm crescendo em torno de 20% ao ano e, neste ano de 2016, vão atingir o número de 400. Só para termos uma ideia desse crescimento, em 2003, esse número era de 23 transplantes por ano. Hoje estamos em 400, num crescimento significativo.

Indisponibilidade é um dado muito importante. A indisponibilidade pode ser por falta de comunicação, pelo cadastro desatualizado, ou pode ser por algum tipo de impedimento do doador. O doador pode, por exemplo, ser uma mulher que está gestante e, então, não pode doar naquele momento, está indisponível — só que indisponível temporariamente. O doador pode estar doente, com algum tipo de problema, então, não pode doar naquele momento. Quando falamos em indisponibilidade como um todo, isso gira em torno de



30% a 35% no nosso registro. Isso não significa que todos os motivos sejam por falta de endereço, mas a grande maioria é por falta do endereço atualizado.

Só para compararmos, no registro americano, esse dado gira em torno de 50% a 55%, porque é um registro mais antigo do que o nosso, maior do que o nosso. E, talvez pela característica da população americana, que varia mais de endereço e localização, eles têm também uma grande dificuldade em encontrar o doador e atualizar os cadastros. Então, esse dado que não é uma prerrogativa só do registro brasileiro, ele acontece mesmo nesse tipo de atividade. Mas temos que nos esforçar para que seja cada vez menor esse dado.

Eu queria só chamar a atenção para um detalhe. Eu não tenho uma apresentação sobre isso, mas a probabilidade de se encontrar um doador não é uma curva constante, ela é uma curva logarítmica. Isso quer dizer o seguinte: por exemplo, hoje, com 4 milhões de doadores, a probabilidade de que eu consiga encontrar um doador é em torno de 88% a 90%. Há uma pequena variação para o grupo racial, mas é em torno disso. Se eu acrescentar 3 milhões, 4 milhões, 5 milhões, isso não significa que eu vou aumentar na mesma proporção a probabilidade de encontrar um doador. Então, acrescentar 1 milhão de doadores a mais não significa que eu vou encontrar doador com mais facilidade nessa proporção de 25% a mais. No caso, isso seria pelo acréscimo, porque a curva é logarítmica, ela vai fazendo um platô, e nós já estamos bem próximos desse platô. Essa dificuldade tem a ver com a própria miscigenação da população.

Então, só queria deixar esse esclarecimento.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Com a palavra a Dra. Rosana. *(Pausa.)*

Pois não, Deputada.

**A SRA. CARMEN ZANOTTO** (PPS - SC) - Então, resumindo, para quem está nos acompanhando, não necessariamente, quando eu faço uma campanha pontual numa cidade, isso vai resolver a expectativa daquele familiar, daquele paciente, não necessariamente vamos conseguir captar um doador naquele conjunto da população.

**A SRA. ROSANA REIS NOTHEN** - Difícilmente isso vai acontecer naquele conjunto.

**A SRA. CARMEN ZANOTTO** (PPS - SC) - Acompanhamos isso. E, por incrível que pareça, isso gera uma expectativa tão grande e uma solidariedade, que o povo brasileiro



já tem naturalmente, que é muito importante! Por isso, eu também não concordo absolutamente com algumas iniciativas que vemos, de trocar a doação de sangue por isso ou por aquilo, por meia-entrada no cinema ou um bônus na matrícula.

**A SRA. ROSANA REIS NOTHEN** - Por anistia fiscal.

**A SRA. CARMEN ZANOTTO** (PPS - SC) - Sim. Ou isso é um ato voluntário, espontâneo nosso ou não é. Quando você dá alguma coisa em troca, você está já induzindo aquele cidadão a fazer aquilo, ou o cidadão vai fazer aquilo porque tem a necessidade. Isso acaba dificultando inclusive o serviço.

Então, quero deixar isso ficar bem claro. Nós como profissionais da área acompanhamos muito isso e sabemos que há a expectativa de que, quando se faz as campanhas pontuais, vamos ampliar o cadastro e, ali dentro daquela população, vamos conseguir mais doadores.

Eu acho que, talvez, dentro da alteração do projeto de lei, Deputado, poderíamos propor isto. Ninguém vai convencer a família, gente! Não adianta acharmos que, no momento da necessidade, que os profissionais especialistas que estão atuando no cadastro vão conseguir convencer os parentes que não adianta fazer aquela campanha pontual. Mas, durante alguns períodos, podemos alertar a importância da atualização do cadastro, também mostrando que as campanhas pontuais de ampliação do cadastro não resolvem.

**A SRA. ROSANA REIS NOTHEN** - Eu acho que a sua intervenção foi muito feliz, Deputada. É exatamente essa a nossa ideia. E nós não desistimos do REDOME, não, muito pelo contrário: ele continua sendo uma das políticas importantes que temos e hoje compromete em torno de 15% do orçamento da coordenação.

De qualquer forma, temos nossa compreensão em cima dos dados, que são técnicos e científicos, que o Dr. Bouzas mostra, de que esta é uma curva logarítmica e não resolve. Nós investimos, no total da política, até hoje, em torno de 2 bilhões de reais para a criação desse registro. Ainda que investíssemos mais 2 bilhões de reais não iríamos encontrar doadores para todos, porque existe uma miscigenação muito grande e faz com que algumas combinações desses alelos não estejam disponíveis com facilidade. E quem mais pode saber onde elas estão disponíveis, onde vale a pena que façamos uma campanha para tentar encontrar isso é o próprio REDOME, que sabe qual é o perfil genético de cada pedaço da população brasileira. Então, o Dr. Bouzas, analisando o



registro, pode dizer: *"Esse potencial receptor que tem esse tipo de gene aqui, talvez eu encontre esse alelo na Amazônia ou na Bahia. Há mais chance se procurarmos lá, e não lá no lugar de onde ele vem necessariamente"*.

Sabemos que os Estados que tiveram muito boa *performance* em colocar doadores dentro do registro continuam tendo uma excelente capacidade instalada para continuar fazendo isso. Mas, neste momento, não é mais desejável termos mais representação daquela população, porque vamos começar a repetir os alelos que já temos. Então, agora temos que ir em busca de novos alelos. Esses são os dilemas que temos que resolver tecnicamente. Isso é importante porque envolve, necessariamente, análise técnica.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Desculpe-me interrompê-la, Dra. Rosana, mas qual seria a medida prática para nós aumentar essa captação seletiva, esse número de doadores? Eu entendi a observação, mas entendo também que, se aumentarmos o número absoluto de doadores, podemos ter também um número maior de doadores compatíveis.

Então, na prática, como faríamos?

**A SRA. ROSANA REIS NOTHEN** - As questões em relação à ampliação do número absoluto estão relacionadas à nossa capacidade de financiar os exames que são necessários para que isso aconteça. Eles não são exames baratos, são exames com custos ao redor de mil reais. Não são exames banais, que podem ser feitos em qualquer lugar, eles precisam ser criteriosamente indicados. Por isso, continuamos defendemos que os hemocentros capitaneiem a busca desses potenciais doadores e que o INCA, por meio do REDOME, aponte onde eles estão, onde precisamos buscá-los.

É claro que todas as outras companhias no sentido de melhorar o cadastro de quem já está lá são importantes também.

Eu queria colocar, para complementar o que o Dr. Bouzas disse, que hoje já trabalhamos com transplantes que não têm compatibilidade perfeita. Hoje já somos capazes de resolver essa questão tecnicamente. O ideal é um transplante que tenha dez compatibilidades em dez, mas já podemos transplantar com nove em dez ou até com oito compatibilidades. Quando o sangue vem do cordão, podemos ser mais flexíveis em relação à compatibilidade.

Também tivemos uma política exitosa de criação de bancos de cordão no País. Temos hoje uma rede sólida, com 13 ou 14 bancos armazenando sangue de cordão



umbilical. Além de todas essas opções de doação, ainda temos hoje uma outra opção que está em casa, que é a do transplante haploidêntico. Todo o mundo tem identidade com a metade do seu HLA com o pai ou com a mãe. Esse é um doador quase sempre disponível. Entre aqueles irmãos que não são idênticos, 50% são haploidênticos. Então, essa é outra modalidade de transplante que pode, sim, suprir a questão da eventual falta de doador no REDOME.

Sempre vamos preferir o doador idêntico? Sim, porque é melhor para o doente e é melhor para o sistema de saúde também, porque é um transplante que corre melhor, complica menos, dá menos dispêndio e menos sofrimento. E é isso que procuramos. Mas existem alternativas para tratar os pacientes. O REDOME não é nossa única possibilidade e, felizmente, não é a única do povo brasileiro, que é tão miscigenado. Provavelmente, nem que fôssemos ao infinito com o tamanho do REDOME, não teríamos condições de atender toda a nossa população, pelas características de miscigenação que ela tem.

Atendi a sua pergunta, Deputado? *(Pausa.)*

**O SR. LUIS FERNANDO DA SILVA BOUZAS** - Só complementando, eu queria também chamar a atenção para as campanhas pontuais. Nós já identificamos, em várias situações, que há campanhas que acontecem antes mesmo de o paciente ser inscrito para busca de doador no REDOME. Isso é muito frequente. A pessoa recebe a notícia do médico e, com a angústia de ver o filho com leucemia ou uma doença grave, muito antes, por exemplo, de saber se o médico já inscreveu o paciente na busca, no REDOME, já começa a fazer campanha nas redes sociais para conseguir doador e tal.

Esse é um ponto que vimos identificando com muita frequência. Essa angústia, às vezes, gera movimentos pontuais que não vão encontrar um doador para aquela criança ou para aquele paciente naquela região. Eles vão contribuir, obviamente, com o aumento do cadastro, mas não é ali que vai ser encontrado o doador. Então, é importante que ressaltemos esse ponto.

A situação do acréscimo indefinido de doadores está relacionada com a frequência das características genéticas. O REDOME já tem o mapa genético do Brasil hoje bem estabelecido, tanto dos pacientes quanto dos doadores.

O nosso sonho, como o senhor perguntou, seria que pudéssemos ter um sistema, um modelo que já existe nos Estados Unidos em que, ao inserirmos, por exemplo, o dado do paciente, conseguíssemos mapear, exata ou aproximadamente, a região que tem com



mais frequência aquela característica. Aí, sim, o REDOME poderia fazer campanhas pontuais para tentar obter, às vezes, uma raridade na característica genética que aquele paciente tem.

Por outro lado, Deputado, como a Dra. Rosana disse, nós hoje estamos numa situação muito cômoda em relação a 10 anos, 15 anos atrás, visto que temos doador familiar compatível; doador familiar parcialmente compatível, que é o haploidêntico; doado voluntário do REDOME; e doador de sangue de cordão umbilical. Então, são quatro alternativas pelo menos para que se encontre um doador para a realização do transplante, coisa que não acontecia há 10 anos, 12 anos, quando desenvolvemos esse programa.

Então, é importante que dizer que essa não é a última alternativa. Mesmo que o REDOME não encontre o doador, temos algumas outras alternativas de tratamento para oferecer a esses pacientes.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Quero registrar também a presença do Deputado Rômulo Gouveia, combativo Deputado desta Casa.

Gostaria de saber se algum Deputado ainda gostaria de fazer uso da palavra. Se não, agradeço a presença de nossos convidados e passo a palavra, para as considerações finais, ao Dr. Luis Fernando e à Dr. Rosana.

**A SRA. ROSANA REIS NOTHEN** - Só complementando, eu acho que é muito importante que esta Casa seja nossa parceira no sentido de entender que os recursos são finitos e que precisam ser usados com sabedoria e que o balizamento técnico é muito importante.

Essa rede de olhar imunogenético do País já está sendo consolidada. O Ministério já tem projetos de financiamento neste sentido, para que hoje consigamos enxergar o desenho imunogenético do País.

Outra coisa importante é que estamos ligados a bancos internacionais. Isso só foi possível graças à qualidade do trabalho sobre os exames e sobre as nossas condições de identificar esses doadores. Estamos interligados com registros que hoje perfazem 28 milhões de pessoas no mundo inteiro. Então, o REDOME não tem só 4 milhões de doadores: somos hoje 28 milhões de pessoas podem eventualmente ser doadoras.

Por fim, não podemos nos esquecer da vocação que o nosso sistema de transplantes tem de atender todas as outras modalidades assistenciais. São milhares de



transplantes de órgãos sólidos que precisamos enfrentar, transplantes que, tanto quanto o transplante de medula, salvam a e qualificam a vida de muitas pessoas, como no caso do rim e da córnea.

**O SR. LUIS FERNANDO DA SILVA BOUZAS** - Queria agradecer a oportunidade e ressaltar a importância de que os doadores mantenham os seus dados atualizados. Fizemos campanhas durante as Olimpíadas, e, durante os últimos 2 anos, este tem sido o mote do REDOME: *"Mantenha o seu cadastro atualizado!"*

Queria chamar atenção exatamente para o esforço que vem sendo realizado pelo Governo brasileiro nos últimos anos, no sentido de que tenhamos disponibilidade de recurso e para que esse recurso seja mantido. O programa foi construído dessa forma, é um programa de sucesso e precisa que nós o preservemos. Inclusive, ele serve como exemplo de rede, visto que envolve laboratórios, hemocentros, centros de transplantes, ONGs, empresas, todos em torno de um mesmo esforço de solidariedade.

Por último, quero lembrar que a solidariedade não é só no Brasil. Da mesma forma que encontramos doadores para brasileiros no exterior, pacientes que estão no exterior nos procuram no Brasil, em busca de doadores compatíveis. É muito interessante ver que o Brasil é capaz de mandar doadores para mais de 30 países diferentes, como temos feito nos últimos anos. Há doadores que foram mandados para países da Austrália, para países da Europa, para Singapura, para diferentes partes do mundo, mostrando a nossa miscigenação aqui.

Esse também é um esforço de solidariedade para o mundo, não só para os nossos doadores. É muito importante que possamos ajudar os nossos irmãos que, um dia, construíram a nossa população aqui no Brasil. Santa Catarina e Paraná enviam muitos doadores para a Alemanha, da mesma forma que a Alemanha também envia doadores para o Sul do Brasil, com muita frequência.

Agradeço a oportunidade. Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Antônio Jácome. Bloco/PTN - RN) - Com essa informação alvissareira, quero agradecer a presença dos nossos convidados e de todos aqui presentes.

Antes de declarar encerrada a presente audiência pública, convoco reunião deliberativa para amanhã, dia 26 de outubro, neste plenário, para apreciação de itens da pauta.

Está encerrada esta audiência pública.