

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

Nadirjane Nogueira Conceição

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: a concretização  
da integralidade no Sistema Único de Saúde?**

NADIRJANE NOUEIRA CONCEIÇÃO

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: a concretização  
da integralidade no Sistema Único de Saúde?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao colegiado do curso de Serviço Social da UFRB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Silvia de Oliveira Pereira.

CACHOEIRA-BA

2017

NADIRJANE NOGUEIRA CONCEIÇÃO

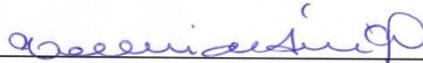
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: a concretização da Integralidade no Sistema Único de Saúde?

Cachoeira – BA, aprovada em 18 de abril de 2017

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Silvia de Oliveira Pereira  
(Orientador – UFRB)



Prof. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila  
(Membro Interno – UFRB)



Prof. M.s. Elisangela Souza Santos  
(Membro Externo)

Dedico este trabalho a Maize Nogueira e Simone Conceição,  
que na luta pela garantia à vida, viraram números  
e somaram-se àqueles que não resistiram as enormes  
filas de espera por um transplante.

## AGRADECIMENTOS

"Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes".

Que bom poder chegar até aqui, ver mais um capítulo sendo concluído com um trabalho tão significativo. Por isso, agradecimentos devem e precisam ser feitos...

Agradeço ao Autor e Criador de tudo mais belo que um dia já pude ou ainda irei contemplar. Àquele que me carregou até aqui e fez enxergar essa profissão como algo pra além das minhas necessidades profissionais.

À minha fonte de inspiração, meu pulsar para ir mais longe, quem me faz se jogar nos desafios mais lindos propostos por Deus... Você minha menina tão sonhada; minha menina guerreira de personalidade e desejos fortes, minha Anna Dhandara.

Àqueles que não me deixaram sozinha um só minuto, que apostaram em mim, até mais que eu mesma. Que me apoiaram desde a moedinha de \$1,00 até aos projetos e sonhos mais ousados... Vocês: mainha e painho; meu amor Dêka; meus irmãos Netinha, Júnior e Diu; meus sobrinhos lindos Robert, Victor, Maria Gabriela e Ana Luiza; minhas avós maravilhosas; meus tios e tias; primas e primos; minha sogra; cunhados e cunhadas; minha comadre e tantos outros que sem dúvidas posso chamar de meus...

Agradeço também aos presentes que esta graduação me deu, àquelas que não serão apenas lembradas, mas que com certeza caminharão comigo para todo o sempre: Nalyni, Cris, Zeny, Geo e todos os outros seso-friends que encontrei neste percurso.

A todos os professores que fizeram parte dessa trajetória e que implantaram um pouco de si em meus desejos e esforços.

Não desmerecendo a todas as outras pessoas aqui já citadas e lembradas, gostaria de tecer dois agradecimentos mais que especiais, às pessoas que me fizeram acreditar mais em mim; que me ouviram e sonharam esse trabalho junto comigo; que deram um novo desvelar neste finalzinho de graduação; que fizeram crescer uma nova expectativa de Assistente Social nesta pesquisadora. Por coincidência, dois anjos de pré nome igual: as Silvia's de minha vida (Silva Pereira, orientadora, supervisora acadêmica de estágio; e Silvia França, supervisora de

campo de estágio) ambas, sem dúvidas hoje minhas amigas; o meu muito obrigada por cada palavra, cada gesto que me fizeram melhor entender a profissão a qual me propus a exercer. Sem dúvidas vocês serão para sempre as minhas referências de excelente profissional.

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de análise bibliográfica, de caráter analítico descritiva, cujo objeto de estudo foi o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. O objetivo geral consistiu em discutir o Sistema Nacional de Transplantes no Sistema Único de Saúde. Como objetivos específicos, elegemos: apresentar a construção da política pública de saúde, bem como concepções de saúde e direito à vida presentes na Política de Saúde formalizada na legislação brasileira; descrever o Sistema Nacional de Transplantes e o processo de doação de órgão e tecidos, dentro das políticas nacionais de saúde, apresentando uma leitura dos dados fornecidos pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) do ano de 2016; e discutir a incorporação do princípio da integralidade presente na saúde pública nacional. Realizou-se pesquisa documental e análise de dados secundários, apresentados pela ABTO e Registro Brasileiro de Transplante (RBT). Identificou-se que a doação de órgão diz respeito a um processo complexo em que se abarca uma série de etapas, quando por sua vez enfrenta uma série de fatores limitantes, que advém da organização da política de saúde do país e do aparelhamento do programa de transplantes, da imprópria manutenção do potencial doador, do desconhecimento dos profissionais de saúde a respeito do processo de doação, das elevadas taxas de recusa familiar e a desqualificação do cuidado. Desta maneira entende-se a necessidade da humanização no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, quando se propõe que profissionais da saúde, em seus diferentes níveis de ação, promovam o cuidado integral, que inicie numa aproximação entre os profissionais de saúde e a população.

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Doação de órgão. Transplante. Integralidade. Direito à Vida.

## ABSTRACT

This is a bibliographic analysis research, with descriptive analytical character, whose object of study was the process of organ and tissue donation for transplants. The general objective was to discuss the National System of Transplants within the Unified Health System. As specific objectives, we choose: to present the construction of the public health policy, as well as conceptions of health and right to life present in the Health Policy formalized in Brazilian legislation; To describe the National System of Transplants and the process of organ and tissue donation within national health policies, presenting a reading of the data provided by the Brazilian Association of Organ Transplants of the year 2016; And discuss the incorporation of the principle of integrality present in national public health. Documental research and analysis of secondary data, presented by ABTO and RBT, were carried out. It was identified that organ donation refers to a complex process in which a series of steps are covered, when in turn it faces a series of limiting factors, which comes from the organization of the country's health policy and the rigging of the program of Transplants, the improper maintenance of the potential donor, the lack of knowledge of health professionals about the donation process, the high rates of family refusal and the disqualification of care. In this way, it is understood the need of humanization in the process of organ and tissue donation for transplants, when it is proposed that health professionals, in their different levels of action, promote integral care, beginning with an approximation between health professionals and the population.

**Keywords:** Health policy. Organ donation. Transplant. Integrality. Right to life.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1:** Evolução da Legislação Brasileira quanto ao tipo de doação de órgãos e tecidos.

**Figura 2:** Estrutura e funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) regulamentado pela Portaria nº 2.600/2009.

**Figura 3:** Ciclo de relação entre equipamentos do SNT

**Figura 4:** Organograma da abertura de diagnóstico de Morte Encefálica

**Gráfico 1:** Transplantes renais (número pmp), durante o ano de 2015.

**Gráfico 2:** Transplantes hepáticos (número pmp), durante o ano de 2015.

**Gráfico 3:** Doação de órgãos Bahia (2010 – 2016)

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Perfis da CIHDOTT

**Quadro 2:** Intervalo mínimo para Comprovação de diagnóstico de ME

**Quadro 3:** Tempo de preservação dos órgãos após retirada do corpo

**Quadro 4:** Órgãos doados por um Doador Vivo

**Quadro 5:** Principais indicações para a realização de um transplante

**Quadro 6:** Número absoluto de transplantes (2009 – 2016)

**Quadro 7:** Dados referentes à doação de órgãos (Brasil, 2009 – 2016)

**Quadro 8:** Fatores implicados na dificuldade de profissionais de saúde envolver-se no processo de doação

**Quadro 9:** Número de pacientes que ingressaram na lista de espera durante o ano de 2016, por estado.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ABTO** – Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

**APRV** – *airway pressure-release ventilation* (ventilação com liberação de pressão nas vias aéreas)

**CFM** – Conselho Federal de Medicina

**CGSNT** – Coordenação-geral do Sistema Nacional de Transplantes

**CIHDOTT** – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

**CFM** – Conselho Federal de Medicina

**CNCDO** – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

**CNT** – Central Nacional de Transplantes

**CTI** – Centro de Terapia Intensiva

**CTU** – Cadastro Técnico Único

**ECG** – eletrocardiograma

**ECO** – ecocardiograma

**EEG** – eletroencefalograma

**EF** – entrevista familiar

**GAE** – Grupos de Assessoramento Estratégico

**IAP** – Institutos de Aposentadoria e Pensões

**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

**ME** – morte encefálica

**NCAP** – Núcleo de Captação de Órgãos

**OPO** – Organização de Procura de Órgãos

**PD** – potencial doador

**PESS** – Potenciais Evocados somatossensitivos

**PET** – Tomografia por emissão de próton

**PME** – Protocolo de Morte Encefálica

**Pmp** – por milhão de pessoas

**RBT** – Registro Brasileiro de Transplantes

**RGCT** – Registro-Geral da Central de Transplantes

**SET** – Sistema Estadual de Transplantes

**SINPAS** – Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

**SNT** – Sistema Nacional de Transplantes

**SPECT** - Tomografia por emissão de fóton único

**Spot** – Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos

**SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TX** – Transplante

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2- HISTÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA DE TRANSPLANTES NO BRASIL.....</b>	<b>19</b>
2.1- UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL:.....	20
2.2 – CONCEPÇÕES DE SAÚDE, DIREITO À VIDA E TRANSPLANTES.....	29
<b>3- O TRANSPLANTE NO CENÁRIO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE. ....</b>	<b>36</b>
3.1 – SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES NO BRASIL.....	37
3.2 – PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	46
3.3 -A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE TRANSPLANTES PÚBLICO NO BRASIL .....	53
3.3.1 - RAIOS X DA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS NA BAHIA .....	60
<b>4 - A LISTA DE ESPERA: ANGÚSTIA DO FIM DA LINHA? .....</b>	<b>64</b>
4.1 – INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE TRANSPLANTES.....	65
4.2 – O DESEJO POR UMA “NOVA VIDA” .....	69
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>75</b>



## 1- INTRODUÇÃO

Temas como doação e transplante de órgãos e tecidos são assuntos de grande polêmica, e que estão muitas vezes revestidos de fantasias e superstições para a sociedade brasileira. A maioria dos transplantes realizados no Brasil se originam no processo de doação de órgãos de pessoas com diagnóstico de morte encefálica; e vale ressaltar que não se trata de um procedimento simples uma vez que além da complexidade do processo em si, encontra-se um universo de dificuldades na identificação do potencial doador, na captação dos órgãos e tecidos, e principalmente no consentimento familiar, que advém tanto dos problemas relativos a operacionalização do SUS, golpeado há anos por interesses alheios ao seu propósito, quanto de uma ainda frágil “cultura” de doação.

A prática de transplantes de órgãos e tecidos humanos no Brasil teve início no ano de 1964, tendo consideráveis evoluções em suas técnicas, multiplicidades de órgãos transplantados, procedimentos realizados, e resultados alcançados. Atualmente o Brasil tem um dos maiores programas público de Transplantes de Órgãos do mundo, estando este programa presente em 25 estados do território, e tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como o principal financiador dos transplantes realizados.

A este cenário, somam-se profundos componentes dificultadores para ampliação da doação e transplante de órgãos, são questões éticas, religiosas e até mesmo técnicas que perpassa a relação dos profissionais da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) com os familiares de potenciais doadores, pois, “a negativa da família em consentir na doação de órgãos se constitui como principal entrave na efetivação dos transplantes, e geralmente decorre principalmente como reflexos do acolhimento recebido nas unidades de saúde [...]” (MELO, 2012, p.20).

As inquietações no campo de estágio no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, que fica situado no município de Santo Antônio de Jesus, mas, que atende pessoas de 32 municípios pactuados como a unidade hospitalar referência em orto-traumas, desencadearam o interesse em pesquisar sobre essa temática. Por meio da vivência no setor da UTI da unidade, foi possível perceber alguns limites e desafios para materializar e fazer acontecer à política de doação de órgãos e tecidos para transplantes naquele espaço.

Além disso, a dificuldade de visualizar a integralidade nas ações desenvolvidas, não só durante todo o processo de doação de órgãos, mas no desenvolver cotidiano da maioria dos profissionais na referida unidade, despertou o interesse e desejo por desenvolver esta pesquisa.

Desta forma, o estudo apresenta como pergunta de investigação: “A Política Nacional de Transplantes, por meio do princípio da integralidade, assegura a garantia do direito à vida?” Os objetivos desta pesquisa são: apresentar a construção da política pública de saúde, bem como concepções de saúde e direito à vida presentes na Política de Saúde formalizada na legislação brasileira; descrever o Sistema Nacional de Transplantes e o processo de doação de órgão e tecidos, dentro das políticas nacionais de saúde, apresentando uma leitura dos dados fornecidos pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos do ano de 2016; e discutir a incorporação do princípio da integralidade presente na saúde pública nacional.

Para construção dessa pesquisa foi realizada análise bibliográfica, tanto daquelas relacionadas à área de Serviço Social, quanto para as exclusivamente da área da saúde. Neste sentido, vale registrar a carência de pesquisas realizadas e publicadas na área de Serviço Social a respeito desta temática; a inquietação parte da ideia de que ao trabalhar o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes trabalha-se com conceitos e experiências de integralidade e cuidado, e assim, percebe-se a anulação da discussão de Assistentes Sociais para esta demanda.

Nesta pesquisa recorreu-se ainda às legislações nacionais compatíveis com o objeto da pesquisa. Foi feito também uma análise de dados secundários apresentados pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO).

Sendo assim, o primeiro capítulo discorrerá brevemente sobre o histórico da política de saúde no Brasil, a partir do século XX, objetivando compreender os procedimentos que conduziram a constituição do atual Sistema Único de Saúde bem como a concretização dos princípios que este traz, frente às necessidades de saúde da população, além de concepções de saúde e direito à vida que no Brasil constituem elementos da Política de Saúde formalizada na legislação. Na segunda seção, será apresentado o Sistema de Transplantes do Brasil, trazendo a legislação do país, exemplificando ainda as principais comissões presentes na efetivação deste sistema. Este capítulo possui uma característica descritivo-

analítica, entendendo que se faz necessário conhecer os elementos que compõem o referido Sistema em sua totalidade, cabendo para tanto a descrição e a análise das suas particularidades. E por fim, no terceiro capítulo apresentam-se as possibilidades em reconhecer as marcas da integralidade na política de transplantes, e dentro da política de saúde como todo; seguido da análise da construção, permanência e angústias que passam os usuários do sistema público de saúde nas listas de espera.

Este estudo apresenta como principal eixo teórico a garantia do direito à vida; constituindo como desafio primordial a demonstração de que o Sistema Único de Saúde, enquanto uma política social criou instrumentos para a garantia do direito à vida de um determinado segmento da sociedade, que é o segmento das pessoas que necessitam de um transplante.

Esta pesquisa, contudo, tal como toda produção de cunho científico, apresenta entraves que foram delimitados especialmente pelos desafios para a sua construção, sendo estes: o curto espaço de tempo, o restrito número de publicações na área de Serviço Social em relação a temática e a impossibilidade de um trabalho mais próximo junto a CIHDOTT do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus.

É relevante destacar também que a realização deste estudo foi atravessada por duas situações de enorme importância para esta pesquisadora: a aprovação e realização da Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), quando foi possível visualizar na prática, e no contato com os usuários e profissionais do SUS as possibilidades e os principais entraves para efetivar uma política pública de saúde, com qualidade e como está descrita na CF/88. Foram dias de fortalecimento para a luta por uma sociedade mais justa, igualitária, humana e popular; necessários para o amadurecimento do desejo de ser um profissional singular, que busque na prática diária a valorização e o respeito para cada usuário do sistema; buscando auxiliá-los no empoderamento dos seus direitos e no enfrentamento das expressões da questão social, presente o tempo inteiro na sociedade capitalista.

Outra situação vivida durante a construção desta pesquisa foi o desmonte das políticas sociais agravado pelo impeachment da presidenta eleita Dilma Rousseff. Esta mudança implicou diretamente na dificuldade de consolidar e avançar nas políticas públicas de atenção integral em Saúde, que incluem ações

envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados a saúde de toda sociedade, e, ainda de forma sistemática, avançam para retirada de direitos da classe trabalhadora e desmantelamentos das políticas públicas duramente conquistadas.

Finalmente espera-se que o trabalho possa contribuir para o fortalecimento da profissão, no processo que envolve a doação de órgãos e tecidos para transplantes, permitindo fazer acontecer a garantia ao indivíduo de uma assistência à saúde que perpassa a prática curativa, observando-o em todos os níveis de atenção e analisando o usuário deste sistema, dentro de um contexto social, familiar e cultural em que está envolvido, efetivando de fato o princípio da integralidade.

## 2- HISTÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA DE TRANSPLANTES NO BRASIL

A construção da Política de Saúde ancorada na perspectiva do direito à saúde na história do Brasil é dada a partir de lutas políticas, sociais e históricas, quando inúmeros sujeitos intensificam e disputam suas necessidades e poderes. Por meio dessas lutas, viu-se a possibilidade de transformação da realidade, tendo a população organizada em diferentes segmentos da sociedade civil como principais atores na construção de novos espaços de conquistas relativas à saúde, na prática cotidiana em seus territórios, e de modo bastante expressivo, na ampliação do sentido da vida e do processo de saúde-doença.

A construção social da política de saúde pode ser observada por meio da análise de trajetórias que constituem as práticas de Integralidade. Tal atributo, a Integralidade com princípio doutrinário, tem como marco histórico de sua emergência no Brasil o Movimento pela Reforma Sanitária iniciado em fins da década de 70 do século XX, quando se luta pela:

Garantia do direito à saúde como questão de cidadania na conformação de um trabalho em equipe com profissionais qualificados capazes de reconhecer a alteridade dos usuários e a participação dos sujeitos com suas diferentes vozes ecoadas em distintos espaços públicos. (PINHEIRO, MATTOS; 2005, p.06)

Vale salientar que o Brasil registra importantes avanços na luta pela construção de políticas públicas, mas tais conquistas se deram nos limites do capitalismo e da herança patrimonialista e clientelista da formação social brasileira.

Nesta perspectiva, a luta pelo direito à saúde sempre vivenciou ameaças que tem se tornado cada vez mais concretas nos últimos anos com as diversas propostas de privatização e, particularmente desde maio de 2016, quando o desmonte dos Direitos Sociais conquistados desde a década de 80 é aprofundado mediante um golpe institucional afetando sobremaneira a política de saúde.

Na direção de apresentar características da Política de Transplantes no Brasil, no primeiro capítulo deste Trabalho de Conclusão de Curso apresentar-se-ão elementos do processo histórico da construção de uma política pública de saúde, até a efetivação do Sistema Único de Saúde, explicitando as conquistas e a complexidade do mesmo, frente às necessidades de saúde da população, bem

como concepções de saúde e direito à vida que no Brasil constituem elementos da Política de Saúde formalizada na legislação.

## 2.1- UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL:

Para compreender o processo de construção da política de saúde no Brasil, é relevante destacar que durante a Primeira República (1889 – 1930), surgiram vários movimentos de cunho nacionalista vinculados a economia e política, tais como: a expansão do comércio; produção industrial; grandes navegações; exportação de recursos da zona rural para a urbana; e a presença do capitalismo concorrencial da República (SILVA, 2010).

Este cenário apresentou, ainda que de modo fragmentado, demandas de intervenção na saúde da população de modo a produzir movimentos na direção do seu provimento pelo Estado. Dentre estes movimentos pode-se citar a Liga Pró-Saneamento do Brasil, instituída em 1918, que apresentou uma profunda contribuição para as discussões dos problemas nacionais. Registrou-se, na oportunidade, impactos expressivos na sociedade brasileira, uma vez que chamava a atenção das elites intelectuais, econômicas e políticas para a precariedade das condições sanitárias e procuravam apoio para uma ação de saneamento do interior do país (SILVEIRA e LIMA, 2004).

Nesta época, as políticas públicas na área de saúde ainda eram bastante limitadas às capitais e aos importantes centros urbanos e também não contemplavam os sentidos e significados que se tem no momento atual. Vivenciado uma exclusão de forma muito agressiva, o interior do país prosseguia esquecido pelos governantes da época. Neste período tem-se ainda a presença dos discursos médico-sanitaristas que se caracterizam como as primeiras intenções por uma unidade nacional centralizada na medicina social, algo que marca a política do Estado Novo.

O quadro social apresentado durante este período é a representação do descaso, quanto ao saneamento rural, e da presença de inúmeras doenças. Destacando-se, febres intermitentes, a febre amarela, tuberculose, boubá, varíola e malária.

Em relação aos investimentos e recursos encontrados no país, neste momento, na área da saúde contava-se com a presença da primeira Faculdade de

Medicina na Bahia, a Inspetoria geral de higiene e saúde dos portos, o Hospital Pedro II para doentes mentais. Em São Paulo o Instituto Butantã e Osvaldo Cruz que lutavam para combater à febre amarela (SILVA, 2010).

Entre o final da década de 20 e o ano de 1930, o Brasil passa por grandes transformações que lhe deixa marcas representativas na sua estrutura política, social, econômica e cultural. Tais modificações impulsionaram gradativamente o desenvolver da industrialização na sociedade brasileira juntamente com as primeiras obras do Estado e das políticas sociais presente na época. Deste modo, o intenso ritmo do capitalismo na sociedade é percebido através das inúmeras expressões da questão social; por sua vez, como afirma Yazbek (2009, p.10) as políticas sociais passam “a ser o fator impulsionador de medidas estatais de proteção ao trabalhador e sua família”, ou seja, passam a ser pensadas estratégias para o enfrentamento dessas questões nos limites das contradições do capitalismo e do histórico olhar clientelista e patrimonialista da sociedade brasileira.

A sociedade brasileira nos meados do século XX vivenciava o avanço do modo de produção capitalista, momento em que se tem um progresso do capitalismo efetivamente associado às influências do capitalismo internacional. Fruto deste período e com traços do surgimento de uma política neoliberalista, no Brasil não existiam investimentos de recursos destinados ao setor de saúde, pois esta não fazia parte dos projetos políticos do Estado brasileiro do momento.

Como afirma Bravo (2001), no auge da presença de determinadas endemias e epidemias é que a saúde volta a ser alvo de cuidado do governo, mesmo que este cuidado estivesse apenas transformando-se em discurso político, até ser novamente assentada em segundo plano governamental, sobretudo, quando o nível de endemia fosse sobreposto por uma epidemia

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (p.4)

Desta forma, as atuações governamentais para a saúde eram destinadas para aqueles que pertenciam a classes sociais mais altas, presentes também em regiões socioeconômicas importantes dentro da composição social vigente, e uma preferência direcionada aos grupos que apresentava maior organicidade, em detrimento aos grupos sociais mais vulneráveis e desarticulados.

Durante o período de transição do modelo econômico agrário exportador para o industrial, por meio das lutas, de organizações e reivindicações de movimentos sociais, em conjunto com os trabalhadores brasileiros obteve-se conquista de direitos sociais significativos. Segundo Silva (2010) no Brasil os movimentos sociais:

[...] se revelaram tanto no espaço urbano como no rural. No espaço urbano os movimentos possuíam um rol de reivindicações voltadas para as lutas por creche, escola pública, moradia, transporte, saúde, saneamento básico, etc. No espaço rural as reivindicações eram realizadas pelos movimentos de boias-frias principalmente em regiões cafeeiras, citricultoras e canavieiras, de posseiros, sem terra, arrendatários e pequenos proprietários. (p.16)

Durante o Estado Novo (1930) foi criado o Ministério de Educação e Saúde Pública que juntava os departamentos de educação, assistencial social, cultura e saúde.

Neste período o Ministério, com apoio dos Estados e Municípios, desenvolvia, quase que com exclusividade, as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Quando se diz respeito à assistência a saúde, restrita a assistência médica, agia através de alguns hospitais especializados, principalmente nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da realização de atividades mais específicas nas regiões Norte e Nordeste, pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Essas ações específicas eram destinadas àqueles caracterizados como indigentes e/ou aqueles que não tinham nenhum tipo de direito garantido pelo Estado (SILVA, 2010).

Vale ressaltar que, neste momento, encontra-se no país uma política de saúde que se caracteriza por desenvolver ações assistenciais à doença, e não atuações que busquem promover uma política de caráter preventivo, amplo e eficaz na promoção da saúde. Como afirma Paim:

Após a criação do Ministério da Saúde, o combate a certas doenças passou a ser realizado por serviços específicos e centralizados. Entretanto, a intervenção sob a forma de campanhas persistiu em relação à erradicação da malária, ao combate à tuberculose (vacina BCG oral) e à vacinação contra a varíola[...] Alguns estudiosos denominam a saúde pública dessa época *sanitarismocampanhista* (com ênfase em campanhas) e *sanitarismo dependente* (modelo americano FSESP).(2009, p.31)

Nota-se que este tipo específico de saúde pública não possuía qualquer vínculo com a medicina previdenciária, que se efetivou, em meados de 1932, a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que tinha por finalidade congregar um conjunto de trabalhadores de um mesmo exercício profissional e/ou setor de atividades (SILVA, 2010)

Os IAPs foram criados no Estado Novo, durante o governo de Getúlio Vargas. Estes são caracterizados como resposta do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores brasileiros, dentro de uma conjuntura de consolidação dos processos de industrialização e urbanização do país.

Iamamoto e Carvalho (2008) demarcam este período como momento de formulação de uma política social voltada para a legislação trabalhista e sindical, entretanto, esta política social do Estado Novo beneficia o corporativismo e está voltada para a repressão e desmonte da organização política e sindical da classe proletária.No entanto é também durante o período do Estado Novo que surgem as grandes instituições sociais e assistenciais que proporcionaram a ampliação do mercado de trabalho para os profissionais de Serviço Social. É neste momento que, o Serviço Social abandona as características de uma profissão voltada para a distribuição de caridade realizada pelas classes dominantes, e se constitui como uma profissão executora das políticas sociais do Estado.

Silva (2008) observa que é no período do Estado Novo que encontram-se os condicionantes históricos para o nascimento do Serviço social previdenciário. Segundo Neves; Silva (2008) em 1940 teve início a atuação dos assistentes sociais no âmbito previdenciário e conforme Yazbek (2008) em 06 de Abril de 1944 o Serviço Social foi institucionalizado na Previdência Social através da portaria nº 25.

Apesar de o atendimento médico ser visto como um dos benefícios dos contribuintes da previdência da época, as legislações dos diversos IAPs mostram que os serviços de saúde tinham importância secundária e restrições que variavam

de órgão para órgão, como esta explicito na Cartilha do Ministério da Saúde: “Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil” (s.d. p.237):

Assim, no Instituto dos Marítimos (IAPM), O período de internação era limitado a trinta dias, e a despesa do Instituto com atenção médica não poderia ultrapassar 8% da receita do ano anterior. Já em outros IAPs, como o dos industriários e o dos trabalhadores em transportes e cargas, a atenção médica poderia implicar a cobrança de contribuição suplementar. (BRASIL, s.d. p.237)

Dessa forma, as desigualdades nas normas entre os IAPs colaboraram para que passassem a existir reivindicações em favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual. Entretanto, existiam ainda aqueles que se posicionavam contrários a unificação dos IAPs, pois entendiam que a partir daí poderia ocorrer uma perda de poder por parte dos trabalhadores e o risco de centralização e concentração de poder no Estado.

Depravava-se então com uma política de saúde que apresentava na sua prática o distanciamento de alguns elementos que deveriam caminhar de forma unificada como era o caso da prevenção e do tratamento; da atenção à coletividade aliada a assistência individual. Ou seja, tinham-se serviços de saúde oferecidos por mundos diferentes,

[...] de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e ainda, as ações curativas e individuais, integrando a *medicina previdenciária* e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p. 32).

Outra mudança significativa na política de saúde se dá a partir da ditadura militar (1964 -1985)<sup>1</sup>, quando o poder do Estado passa a ter uma maior

---

<sup>1</sup> Vale salientar que neste momento o país encontrava-se diante de golpe militar que tem como antecessor um cenário de repressão da elite brasileira da época à agenda das Reformas de Base que o então presidente, João Goulart, lançaria em 1962; esta pode ser vista como um dos estopins para o desfecho do golpe, pois seria encarada por essas elites como um primeiro passo para a instauração do comunismo no Brasil. Mesmo estando diante da reiteração de Goulart para a ideia de que a reforma agrária, urbana, fiscal, bancária, universitária e administrativa que ele planejava realizar seria um modo de estimular o capitalismo no país. Tais medidas foram lidas como uma ameaça revolucionária e utilizadas como pretexto para o golpe. Assim, o golpe de 1964 pode ser visto como uma medida que visava impedir a reforma da Constituição e a implantação de projetos como a ampliação do corpo eleitoral do país, a nacionalização dos bancos estrangeiros, a realização da reforma agrária nas terras mais valorizadas do território nacional e a ampliação da participação popular nas decisões de poder.

interferência na “questão social por meio da repressão e assistência, burocratizou e modernizou as ações estatais com o intuito de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, como também reduzir as tensões sociais”. (BRAVO, 2006, p.27)

A ditadura se apresentou para sociedade brasileira como uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um novo país. Entretanto, grandes problemas estruturais não foram resolvidos, e sim intensificados e aprofundados, ganhando caráter mais complexo.

Em relação à “questão social”, o Estado fez uso de uma política de repressão-assistência, consistindo em uma “política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime capitalista” (BRAVO, 2001, p.06).

Bravo afirma ainda que, neste momento dar-se então a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, quando se tinha a intenção de desenvolver o “papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores” (2001. p.07).

Entre os anos de 1970, a assistência à saúde era limitada a uma pequena parte da população que contribuía com uma porcentagem do seu salário para a garantia desse direito, fazendo com que a saúde se torne um bem privado, conquistado pelo mérito e contribuição de cada trabalhador. Tais características adquirem materialidade, sobretudo nos anos de 1977, a partir da criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), quando se incidiu uma reestruturação na organização interna do Ministério da Previdência e o INPS foi subdividido passando a existir um órgão específico para cuidar de assuntos relacionados à assistência à saúde no âmbito previdenciário, que foi o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

No início da década de 80, refletia-se então sobre a política de saúde do país os primeiros indícios da transição para um governo democrático e a profunda crise econômica que vigorava. Com essas transformações tem-se uma abertura para novos atores e movimentos sociais, que cada vez mais reivindicavam por melhores serviços e ações de saúde.

Sendo assim, a crise econômica presente naquele cenário obteve duplo efeito. Por um lado, apresentava-se um agravamento na distribuição da renda e na

qualidade de vida da população, o que acarretou numa ampliação das necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu-se as contribuições sociais, impactando na quantidade de recursos designados à saúde. Diante deste cenário, concretizou-se no país o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras de lutas estavam pautadas na busca de:

1) melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços. (BRASIL, s.d. p.246)

Deste modo, a Reforma Sanitária Brasileira tinha como sua fundamental proposta, a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais para toda a sociedade, sem qualquer tipo de subdivisões. Dentro desta conjuntura amplia-se a concepção de saúde, passando-se a considerar, como tal, também melhores condições de vida e de trabalho.

No ano de 1986, por meio da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com intensa participação da sociedade, instaurou-se uma compreensão ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988.

Um ano depois, em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), uma estratégia-ponte para alcançar o SUS, que apresentava diretrizes centrais como: “universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, s.d, p.34). Este diz respeito a um momento de destaque, pois, pela primeira vez, conta-se com repasse de recursos para municípios e estados realizarem a ampliação de suas redes de serviços, realizado pelo Governo Federal, renunciando assim a municipalização que viria a partir do SUS.

Aqui ganha-se destaque as secretarias estaduais de saúde dentro deste movimento de aproximação e descentralização com os municípios, que ganhavam recursos financeiros federais de acordo com programas de aproveitamento de instalações físicas de unidades de saúde.

Por meio das lutas dos movimentos sociais, e através da Constituição de 1988, foram estabelecidas novas regras norteadoras para a política de saúde do país. Em 1988, quando foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, e apresenta como pontos chaves:

“as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.”(BRASIL, 1988).

A partir desta estabelece, ainda, que todos os gastos realizados com o Sistema de saúde deverão ser essencialmente de recursos governamentais dos municípios, dos estados e da União, sendo estes gerenciados por ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, aos Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

A partir da realidade social presente no Brasil, tem-se a necessidade de obter um sistema que atenda aos acordos determinados na CF/88. Como resultado disso, na década de 90 é criado, por meio da Lei nº 8.080, datada de 19 de setembro de 1990, marcada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), o Sistema Único de Saúde(SUS).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2001, p. 09)

Entende-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estratégia, originada pelo Projeto de Reforma Sanitária, que teve como fundamento uma política de Estado democrático de direito, sendo este responsável pela concretização das políticas sociais e, portanto, pela saúde. Aqui destacam-se como alicerces dessa proposta a:

Democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. (CFESS, 2010, p.19)

O SUS é caracterizado como uma das maiores conquistas atreladas à Constituição de 88. As suas bases teóricas e políticas implicam em desfazer o modelo vigente de atenção à saúde médico assistencial de cunho curativo, discriminatório, propondo e consolidando a construção de um sistema que se apresentasse de forma universal, integral e igualitário com ênfase na saúde plena das pessoas como um bem público e universal independente de aspectos preconcebidos como: contribuição, etnia, sexo, classe social ou qualquer outro tipo de discriminação

“assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras [...] o reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p.4-5).

O Sistema Único de Saúde possui alguns princípios que regem o seu funcionamento; dentre eles apresenta-se o princípio da universalização que garante a todos os cidadãos o acesso às ações e serviços de saúde, sem privilégios ou barreiras, uma vez que todo cidadão possui o direito de receber atendimento conforme suas necessidades, e dentro das limitações e possibilidades ofertadas pelo sistema, levando em consideração ainda, as necessidades coletivas.

Outro princípio que estrutura o Sistema Único de Saúde é o da equidade que, considerando a presença de injustiças enfrentadas de diferentes formas e em diferentes contextos, pela sociedade brasileira. Exige que se trate de formas diferentes os desiguais, de forma a garantir a igualdade social, ou seja, oferecer mais a quem mais precisar como forma de garantir condições iguais para todos.

Por conseguinte, tem-se o princípio da integralidade, que garante o desenvolvimento de ações que garantam desde as ações preventivas até àquelas

que promovam a recuperação da saúde do indivíduo; de ações individuais a ações de cunho coletivo.

Vale ressaltar ainda que a implantação do SUS desencadeia inúmeras conquistas e garantias, principalmente no que diz respeito à política de saúde em seus mais variados níveis de complexidade, pois, esta garante o “acesso integral, universal e gratuito para toda população do país, desde um simples atendimento ambulatorial até um procedimento mais complexo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.1), como é o caso do processo de doação e transplante de órgãos; deste modo contempla-se um dos aspectos máximos do SUS, que é a capacidade de atender da vacina ao transplante, desde a atenção mais elementar até procedimentos mais complexos.

## 2.2 – CONCEPÇÕES DE SAÚDE, DIREITO À VIDA E TRANSPLANTES

Os princípios que conduzem o funcionamento do SUS estão atrelados a amplitude do conceito de saúde, quando o sujeito é visto para além do seu corpo físico; este perpassa suas relações com a sociedade e o meio ambiente. Desta forma, entende-se que saúde está para além do que conceitua a Organização Mundial de Saúde, quando afirma que: "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença" (1946). Sendo assim, comunga-se com a ideia apresentada a partir da carta de intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, denominada Carta de Ottawa, que define a promoção à saúde como:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

As transformações apresentadas nas práticas de saúde demandavam uma atenção especial. Na década de 1970 tem-se novas propostas de concepção de saúde elaboradas por acadêmicos durante a Reforma Sanitária, (PAIM, 2008, p.

164). Para isso, com a intenção de compreender e analisar as propostas trazidas pela Medicina Preventiva e Comunitária nascia uma nova concepção de saúde e doença:

Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológicos e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A saúde é entendida com o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico (SILVA, 1973 *apud* PAIM, 2008, p. 165).

Neste momento observa-se a presença efetiva de dois conceitos chaves na produção teórica desenvolvida pela saúde coletiva que são: processo de trabalho em saúde e determinação social das doenças. O processo saúde/ doença não deve ser entendido permeando apenas os fatores ecológicos e biológicos, e sim, este só é realizado de forma eficiente quando perpassa por uma análise da realidade do indivíduo e da sociedade em que está inserido.

Assim como afirma Vaitsman (1992), as concepções de saúde e doença devem ser abarcadas a partir da ideia de que o sujeito está inserido dentro de uma organização histórica e cotidiana de forma única e contextualizada:

Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (1992, p. 157-158).

Entendendo que muitos teóricos apresentam o direito a saúde como a concretização da união presente entre os princípios de equidade e igualdade, e que estes apresentam critérios que permitem abrandar expressões da questão social como a vulnerabilidade social e a pobreza, resume-se que, o direito à saúde pode ser entendido como parte fundamental para o direito à vida.

Analisando direito à saúde, como direito individual este coloca em primeiro plano a liberdade em seu mais amplo significado. Levando em consideração que as pessoas devem/estar livres para decidir os tipos de relações que desejam acentuar em suas vidas, como: o tipo de vida e o local em que irão viver, a que condições de trabalho serão submetidas e, no momento de adoecimento, quais serão os aparatos médico-sanitário que buscarão, assim como, o tipo de tratamento a que serão submetidos.

Com isso, nota-se que, quando analisado o direito à saúde no seu nível individual, dar-se a entende que este está alinhando à liberdade em relação à atitude dos profissionais de saúde para definir o tratamento. Deste modo, fica notório que a concretização da liberdade necessária ao direito à saúde, enquanto direito individual, está sujeita ao nível de desenvolvimento do Estado. Ou seja, apenas num Estado desenvolvido socioeconômico e culturalmente o indivíduo é livre para buscar um completo bem-estar social, físico e mental, que julgar como adequado. Mesmo que tal escolha e/ou atitude venham de encontro com o que pode ser ditado pelos Conselhos específicos e técnicos, como por exemplo, os conselhos de medicina e enfermagem.

Por outro lado, ao observar os aspectos sociais, o direito à saúde privilegia a igualdade. Os obstáculos aos desempenhos humanos são colocados justamente para que todos possam desfrutar de forma igualitária das vantagens da vida em sociedade. Assim sendo, para conservar a saúde do coletivo, faz-se necessário que ninguém possa impedir outrem de buscar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer. Tal afirmação pode ser justificada a partir da assertiva de SILVA (1999), ao afirmar que:

“Essa é a razão das normas jurídicas que obrigam à vacinação, à notificação, ao tratamento, e mesmo ao isolamento de certas doenças, à destruição de alimentos deteriorados e, também, ao controle do meio ambiente, das condições de trabalho. A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam também responde à exigência da igualdade” (p. 14).

Do mesmo modo Moreira (2006) enfatiza a importância do direito à saúde como essencial e como um mais um caminho para a efetivação do processo de humanização do próprio ser humano: “Assim, é preciso compreender a Dignidade Humana a partir dessa constante reconstrução ontológica e cultural, a qual implica

em bifurcações”. E complementa, com a intenção de garantir que o ser humano na ausência de saúde, torna-se um ser indigno, restrito, infeliz e violado:

Observa-se, por outro lado que a dignidade humana exprime tudo àquilo que dá qualidade ao ser humano, enaltecendo-o como pessoa, distinguindo-o como espécie por outro lado, a condição humana, no sentido antropológico, constitui-se no conjunto das características físicas e orgânicas, mentais, psicológicas, afetivas, supostamente comuns a toda espécie. Assim, há uma relação ontológica entre a Dignidade Humana e a própria natureza ou condição humana (MOREIRA, 2006, p.149).

Lenza (2006, p. 530) destaca ainda que: “O Direito à vida, de forma genérica previsto no art. 5º. caput, da Constituição Federal, abrange tanto o direito de não ser morto, privado da vida, portanto o direito de continuar vivo, como também o direito de ter uma vida digna”. Nesta afirmação pode-se reafirmar a importância e necessidade de uma política de doação de órgãos e transplantes que funcione de forma adequada, clara e eficiente. Uma política que assegure o direito de ter acesso a procedimentos terapêuticos, como fator condicionante na continuidade da vida humana; e que se encontre em sintonia com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regem o funcionamento do Sistema Único de Saúde, assegurando o direito à vida.

Levando em consideração que todo indivíduo tem direito à saúde a partir das necessidades específicas apresentadas, nota-se que a política de transplante presente no sistema de saúde brasileiro, dentre inúmeros aspectos, vem caracterizar a concretização de um dos princípios designado pelo SUS, que é o de integralidade. Pois, entende-se que por meio da atenção e possibilidade de efetivação de realização de um transplante, tem-se respostas governamentais dadas a demandas e/ou necessidades deste grupo populacional específicos.

No Brasil, a história dos processos de doação de órgãos e transplantes vem vencendo obstáculos e encarando desafios que evidenciam a evolução científica, tecnológica e cultural vinculada à temática. Segundo o Ministério da Saúde a maioria dos transplantes são realizados pelo Sistema Único de Saúde, quando cerca de 90% das cirurgias são feitas pelo SUS. Pois, a maioria dos planos privados de saúde não cobre este tipo de tratamento, cujo custo pode variar de R\$ 4.000,00 a R\$ 70.000,00, o que caracteriza o Brasil como possuidor do maior programa público de transplantes do mundo (Ministério da Saúde, 2016, online).

Antes disso, porém há registros de realização de transplantes no Brasil. Nos anos de 1964 e 1965 nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente, ocorreram às primeiras experiências de transplante com proporções animadoras no país. Posteriormente, no ano de 1989, teve-se início a realização de transplantes intervivos, com a efetivação de um transplante hepático, tendo como doador um adulto vivo; o que promoveu um ampliar da mesma técnica em outros órgãos, como o pulmão, por exemplo, (COELHO et al., 2003).

Nesta ocasião, por meio da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), a sociedade civil também se envolveu com a questão do transplante, por ser esta uma instituição que conduziu e apresentou sugestões de políticas de transplantes para todo o país.

Em seguida, com o Decreto nº 2.268/97 (BRASIL, 1997) foi criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), as Centrais de Transplantes e os Grupos Técnicos de Assessoramento (GTA), com a intenção de organizar os procedimentos de captação e distribuição de órgãos e tecidos.

No Brasil a partir da Lei nº 9.434 (BRASIL, 1997), chamada Lei de Doação Presumida, datada de 4 de fevereiro de 1997, cujo a finalidade era dispor a respeito da remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de Transplantes; ampliou os critérios para se tornar um doador em vida. Esta fez com que qualquer indivíduo vivo pudesse doar, para transplante, um de seus órgãos, bastando serem órgãos duplos, e que o processo de doação não afetasse a saúde do doador. Além disso, essa doação deveria ser de forma inteiramente gratuita, sem que o doador receba nenhum pagamento em troca.

Contudo, Santos (2012) apresenta que a maioria da população era contrária a ideia de que todo brasileiro passava a ser considerado um possível doador, caso não manifestasse por meio de documentos a não autorização para tal. Isso causou grande movimentação entre os brasileiros para a retirada de novo documento de identificação, aonde estivesse atestado a sua negação em ser doador:

A nova lei era acusada de contrariar uma tradição cultural do povo brasileiro ao determinar, como obrigação, aquilo que, no entendimento geral, deveria ser uma opção generosa, conseqüente à solidariedade humana. A repercussão na população não tardou a aparecer sob a forma de troca de documentos de identidade, rejeitando a compulsoriedade estabelecida pela norma legal [...] Ainda que a lei tivesse estabelecido o

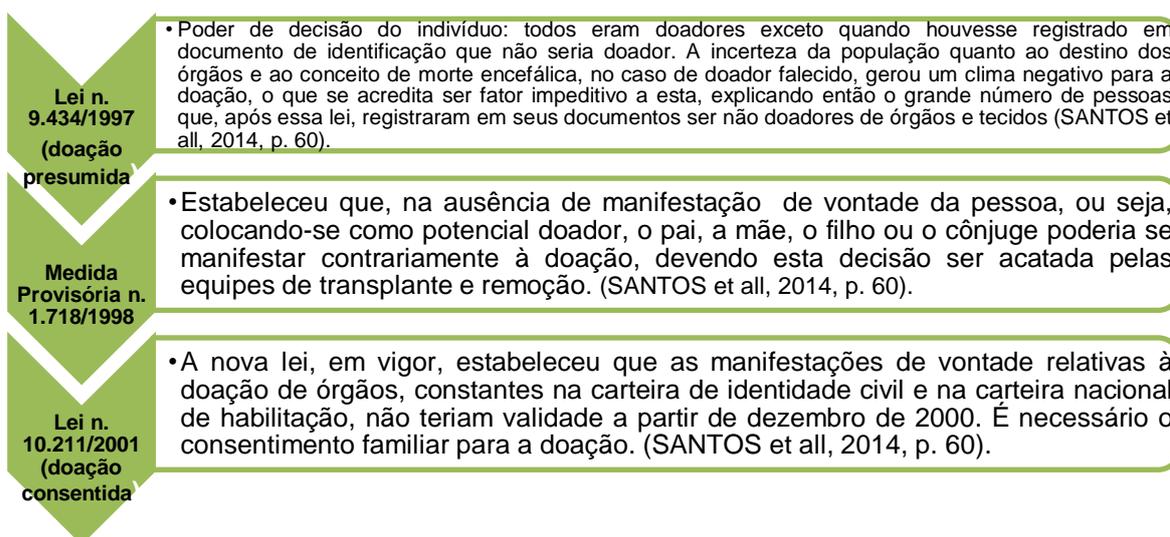
prazo de um ano para a sua vigência, prevendo a necessidade de se estruturar um sistema nacional de transplantes – SNT, bem como a devida formação de uma campanha de esclarecimento à população, a verdade é que nenhuma destas situações foi atendida, fazendo com que a doação presumida promovesse pânico a alguns setores da sociedade (p. 30-31).

Posteriormente, o artigo 9º desta Lei foi editado passando a ser apresentado na Lei nº 10.211 (BRASIL, 2001), da forma a seguir:

É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo par fins terapêuticos ou transplantes em cônjuges ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive na forma do § 4 deste artigo [A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte]. (...) ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, (...)

Tal alteração se deu, sobretudo, pelos inúmeros casos de recusa dos familiares no processo de autorização de doação de órgãos e tecidos. As alterações estabelecidas passa a restituir a autonomia ao doador, assim como de seus entes queridos. Sendo assim, “as manifestações de vontade relativas à retirada “post mortem” de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perderiam sua validade” (SANTOS, 2012. p. 32).

De maneira resumida, a figura 1, mostra a evolução da legislação brasileira quanto ao tipo de doação de órgãos e tecidos, apresentando os principais pontos de diferenciação e singularidade do processo abordado.



**Figura 1:** Evolução da Legislação Brasileira quanto ao tipo de doação de órgãos e tecidos. Fonte: SANTOS et al, 2014, p. 60

A retirada dos órgãos deve ser realizada em hospitais interligados pelo Sistema de Assistência à Saúde, sendo que estes devem possuir capacidade de pelo menos oitenta leitos e estar de acordo com as normas e exigências ministerial para credenciação como: Centro de Terapia Intensiva (CTI); Centro Cirúrgico; Laboratório de Análise Clínico 24 horas; Equipe Multiprofissional (Anestesista, Assistente Social, enfermeiro, intensivista, neurologista e psicólogo); além da implantação da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No ano de 2006, aprovou-se a Portaria de nº 1.262 (BRASIL, 2006) que estabelece as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgão e tecidos relativos às CIHDOTT, com o intuito de aperfeiçoar seus serviços na esfera hospitalar.

A CIHDOTT, de maneira mais vasta, tem como uma de suas finalidades a ampliação de atividades educativas, com treinamentos e orientações aos profissionais da saúde envolvidos e a população, de forma geral; divulgar dados e contribuir na formação de opinião a respeito sobre a temática de doação de órgãos.

Com isso, após constatação da ME, depara-se com um dos momentos mais cruciais e complexos, que é a notificação da morte à família, sendo que, com ela vem à missão de explicar todas as dúvidas sobre a morte do paciente, e, por conseguinte fazer a abordagem familiar para uma possível captação de órgãos.

Observa-se que um dos principais fatores para a recusa do consentimento da família, é o desconhecimento a respeito do processo de doação e transplante; como também o despreparo dos profissionais, por não ter informações precisas e esclarecedoras ao abordar a família no momento da perda do ente querido.

Como afirma Bacchella. (2006), a doação de órgãos não ultrapassa os limites apenas da doação e transplante, ela perpassa por demandas mais amplas como questões religiosas, culturais, morais e éticas em que está inserido o contexto familiar.

### 3- O TRANSPLANTE NO CENÁRIO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.

O Brasil tem hoje o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual cerca de 90% dos transplantes de órgãos são feitos com recursos públicos, e garantindo ainda, por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), assistência integral ao paciente transplantado. Na estrutura do SUS existe um sistema referencial e específico para tratar assuntos decorrentes à doação de órgãos e tecidos para transplantes, o denominado Sistema Nacional de Transplantes.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) foi institucionalizado em 1997 com a finalidade de melhor organizar os procedimentos relativos aos transplantes, o que inclui desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos, meio do decreto Nº 2.268/97 (BRASIL, 1997). Desta forma, o SNT é responsável pelo controle e monitoramento do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes realizados em todo território brasileiro. Dentre as ações designadas como atribuições do SNT estão:

[...] ações de gestão política; promoção da doação, logística, credenciamento das equipes e hospitais para a realização de transplantes; definição do financiamento e elaboração de portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados (Ministério da Saúde, 2016, online).

A atuação do SNT tem-se concentrado, sobretudo, na redução do tempo de espera dos pacientes na lista de transplantes e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que hoje aguardam pelo procedimento.

Neste segundo capítulo apresentar-se-á o Sistema de Transplantes do Brasil, trazendo a legislação do país e alguns fatores clínicos para a realização destes, apresentando ainda as principais comissões presentes para a efetivação deste sistema. Este capítulo pretende cumprir o objetivo descritivo-analítico, uma vez que é relevante conhecer elementos que compõem o referido Sistema em sua totalidade, cabendo para tanto a descrição e a análise das suas particularidades.

### 3.1 – SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES NO BRASIL

O SNT vem assegurar o que está descrito no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, instituído como direito de todos e dever do Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A concretização das políticas sociais e econômicas executadas pelo Estado se dá também por meio da garantia do direito à saúde, visando à diminuição do risco de doenças e através de serviços para sua promoção, proteção e recuperação, o SNT pode ser visto como um mecanismo de proteção e efetivação deste. Pois, como afirma Silva (2001), a saúde é um direito inerente a todo cidadão, tendo o Estado o dever de garantir e efetivar tal direito através da implantação de políticas públicas, sociais e econômicas:

(...) a saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam (SILVA, 2001, p.808).

Entendendo o SNT como um instrumento de efetivação da política pública de saúde, analisa-se o mesmo como uma estratégia, que perpassou ações como: idealização, planejamento e avaliação, sendo guiado por uma racionalidade coletiva, na qual o Estado e a sociedade desempenham papéis ativos e fundamentais. Inseridos num contexto de novas necessidades, que emergem na área da saúde, depara-se com pacientes que compõem uma lista de espera por um transplante de órgão e/ou tecido, e que necessitam de políticas públicas específicas como condicionantes da continuação da vida.

A necessidade do transplante de órgão e/ou tecido, e antes outras novas demandas que se encontram no campo da saúde, constituem atualmente como um desafio novo que necessita de novo estudos, novas técnicas, e o diálogo entre as mais diversas áreas do conhecimento. Mesmo como inúmeros progressos faz-se necessário a viabilização e ampliação de políticas públicas que decorram na concretização dos direitos sociais conquistados pela sociedade e reunidos na

legislação, “cuja aplicabilidade depende da execução destas políticas, que associadas à cidadania, primam pelo princípio da igualdade” (PEREIRA, 2009).

Têm-se pacientes necessitados de um transplante de órgão e tecido, surgindo estes como novos sujeitos possuidores de direitos e que exigem, portanto, políticas públicas específicas. Deste modo, diz respeito a uma questão de saúde pública, cuja importância social, é justificada pelo fato dos indivíduos que aguardam na fila por um transplante de órgão e/ou tecido, na maioria das vezes, encontrarem-se excluídos de seu meio social e privados e bem gozar seu bom estado físico, mental e cultural que deve ser assegurado pelo Estado.

A necessidade urgente por um transplante de órgão e tecido como fator condicionante para continuidade da vida humana pode ser entendido, como um dos agravamentos da manifestação da questão social na área da saúde, uma vez que esta situação pode ser justificada a partir da visibilidade política adquirida, em contraposição a crescente demanda e a realização deste procedimento terapêutico no país.

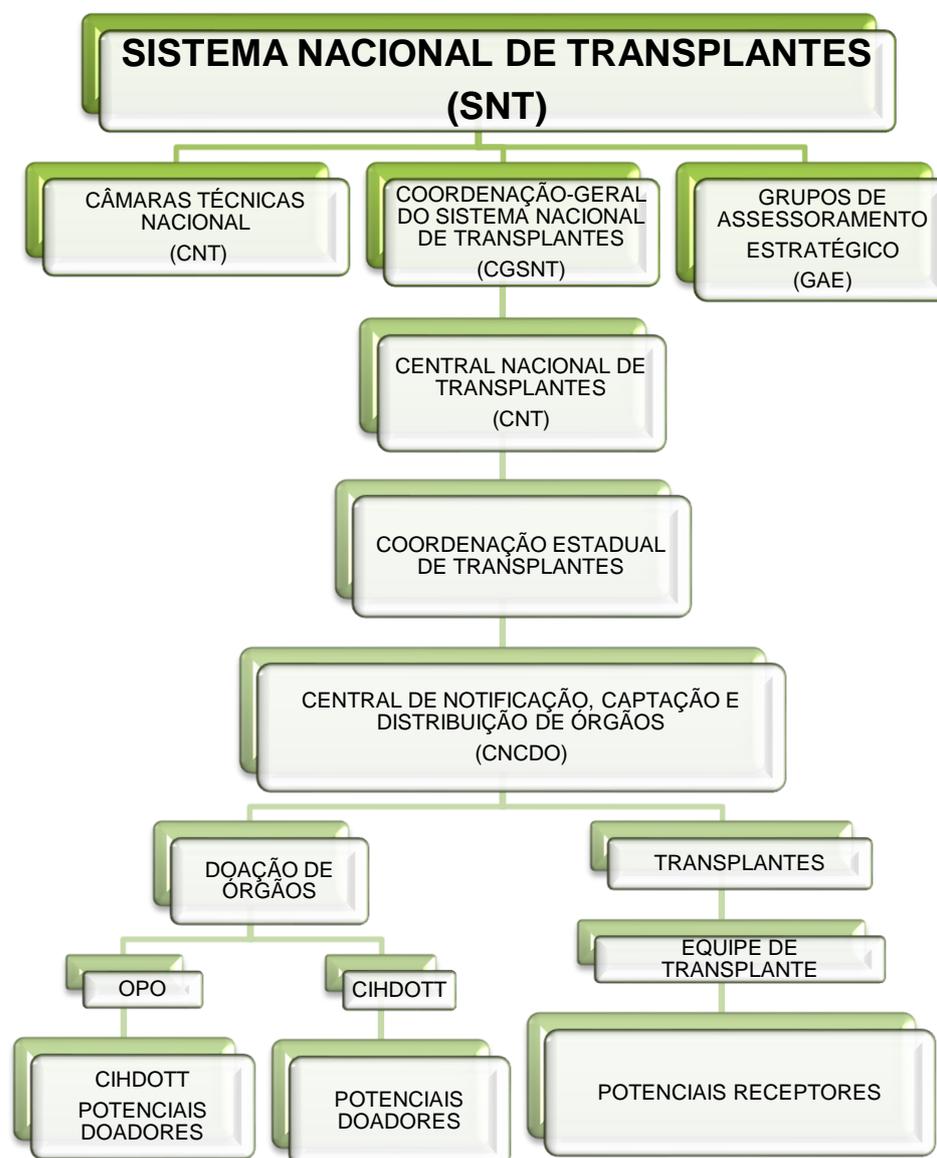
Criado em 1997 e formalizado por meio da Portaria nº 2.268, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) pode ser visto como órgão de caráter central que integra o Ministério da Saúde. Sua criação é caracterizada como um enorme salto para o enriquecimento do processo de doação e transplante no Brasil, destacando-se como um importante órgão capaz de proporcionar uma maior confiabilidade à população brasileira quando se trata de doação de órgãos e tecidos para a realização de transplantes. É importante destacar que a criação do SNT remonta à consolidação do Direito à Saúde e certamente traz a marca de inúmeros atores sociais, entre trabalhadores e usuários do SUS.<sup>2</sup>

Com o intuito de aperfeiçoar, padronizar e atualizar o funcionamento do SNT, em 2009 foi aprovada a Portaria nº 2.600, a fim que estipula o seu regulamento técnico. Trata-se de uma importante ferramenta de gestão da política pública, que traz detalhamentos relevantes para o transplante, dada a complexidade do procedimento.

---

<sup>2</sup>Embora não faça parte do escopo deste trabalho, buscou-se na literatura identificar os movimentos que deram origem a criação do SNT. Entretanto não foram identificadas fontes a respeito deste processo. A afirmação aqui feita advém do conhecimento e reconhecimento da política social como resultante de uma correlação de forças, particularmente no SUS, em que historicamente trabalhadores e usuários protagonizam conquistas ainda que estas apareçam revestidas apenas como “vontade política” das gestões. A convivência com profissionais do SUS e a imersão nos dados secundários permitem a esta pesquisadora afirmar a ação cotidiana de trabalhadores e usuários nos avanços do SUS.

Como mostra a figura 2, esta portaria estrutura o funcionamento do SNT, explicitando seus componentes, que serão descritos a seguir.



**Figura 2-** Estrutura e funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) regulamentado pela Portaria nº 2.600/2009. Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

De acordo com essa portaria nº 2.600/2009, através da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), o Ministério da Saúde exerce as funções de entidade central do SNT. Compete à CGSNT, como unidade do órgão central do Sistema, especificamente o que está descrito no Art. 4º - Dec. nº 2.268 (BRASIL, 1997):

I - Coordenar as atividades de que trata o Decreto; II - expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos no Decreto, e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolva; III - gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com as suas condições orgânicas; IV - autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes; V - avaliar o desempenho do SNT, mediante análise de relatórios recebidos dos órgãos estaduais e municipais que o integram; VI - articular-se com todos os integrantes do SNT para a identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento; VII - difundir informações e iniciativas bem sucedidas no âmbito do SNT e promover intercâmbio com o exterior, sobre atividades de transplantes; VIII - credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, de que trata a Seção IV, Capítulo I do Dec. 2268; IX - indicar, dentre os órgãos mencionados no inciso anterior, aquele de vinculação dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, que tenha autorizado, com sede ou exercício em estado onde ainda não se encontre estruturado, ou tenha sido cancelado ou desativado o serviço, ressalvado o disposto no parágrafo terceiro do artigo quinto do Decreto.

Como afirma Santos (2012), a designação do CGSNT surge com o intuito de atender as necessidades básicas do sistema, uma vez que, a política de transplantes deve ser desenvolvida dentro de um contexto de discussões com outras áreas que envolvem o setor saúde, “a questão do transplante não pode ser gestada apenas no contexto da alta complexidade, mas sim ser discutida e promovida em todos os níveis de atenção a saúde” (2012, p.33).

A Coordenação Geral do SNT é auxiliada pelos Grupos de Assessoramento Estratégico (GAE), que têm como objetivo primeiro, “elaborar diretrizes, propor melhorias na legislação dos transplantes, identificar indicadores de qualidade para as atividades de doação e transplante e emitir pareceres quando solicitados pela CGSNT” (BRASIL, 2009).

Por sua vez, as Câmaras Técnicas Nacionais (CTN) operam na parte técnica específica do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. As CTN's compõem também o assessoramento à Coordenação Geral do SNT na realização de

[...]formulação, revisão, atualização e aperfeiçoamento das normas relativas aos critérios de inclusão de pacientes candidatos a transplantes nas listas de espera, aos critérios de distribuição de órgãos, tecidos e células captados para transplantes e aos critérios de autorização, renovação e exclusão de autorização de estabelecimentos e equipes” (Ministério da Saúde, 2017).

Essas são estruturadas por meio de colegiados, de natureza consultiva, compostas por especialistas e vinculadas tecnicamente à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Atualmente, encontra-se 12 Câmaras Técnicas Nacionais, sendo elas:

- Câmara Técnica de Transplante de Fígado;
- Câmara Técnica de Captação e Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo;
- Câmara Técnica de Histocompatibilidade;
- Câmara Técnica de Transplante de Coração;
- Câmara Técnica de Transplante de Pulmão;
- Câmara Técnica de Transplante de Pâncreas;
- Câmara Técnica de Transplante de Rim;
- Câmara Técnica de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas;
- Câmara Técnica de Transplante e Banco de Tecidos Oculares;
- Câmara Técnica de Transplante e Banco Multitecidos (pele, tecidos cardiovasculares e tecidos musculoesqueléticos);
- Câmara Técnica de Ética;
- Câmara Técnica de Infecção em Transplantes.

Na estruturação do SNT tem-se a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), que tem como função coordenar a logística e a distribuição de órgãos e tecidos para transplantes. Compõem a CNCDO as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, assim como órgãos que estão diretamente ligados ao SNT. Ou seja, todos àqueles estados e o Distrito Federal que possuem equipes especializadas e unidades de saúde liberadas para realizar diagnóstico de Morte Encefálica (ME), remoção de órgãos e tecidos, e transplantes e enxertos deverão estar ligadas a uma CNCDO.

O Art. 7º do Decreto de nº 2.268, estabelece atribuições que devem ser executadas pela Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos, sendo elas:

- I - coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual;II - promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do

respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite;III - classificar os receptores e agrupá-los segundo as indicações do inciso anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-se-lhes o necessário comprovante;IV - comunicar ao órgão central do SNT as inscrições que efetuar, para a organização da lista nacional de receptores;VII - notificar o órgão central do SNT de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seus registros, para utilização dentre os relacionados na lista nacional;VIII - encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação;IX - exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata o Decreto;X - aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997;XI - suspender, cautelarmente, pelo prazo máximo de 60 dias, estabelecimentos e equipes especializadas, antes ou no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido, se, pelos indícios conhecidos, houver fundadas razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;XII - comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no § 2º do art. 21 da Lei nº 9.434, de 1997, e cancelamento, se for o caso, da autorização concedida;XIII - acionar o Ministério Público do estado e outras instituições públicas, competentes para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua atuação (BRASIL, 1997).

Dentro da estrutura do SNT foi criada ainda a Central Nacional de Transplantes (CNT), com o objetivo de fazer acontecer e aperfeiçoar o gerenciamento das atividades de transplante no País. Esta passou a existir com a finalidade de articular ações relacionadas a transplante de órgãos e tecidos desenvolvidas nos diversos estados da federação e com os demais integrantes deste sistema. Assim, foi estabelecida, por meio da Portaria Ministerial nº 901, de 16 de agosto de 2000, a Central Nacional de Transplantes (CNT).

Como já mencionado acima, a CNT é criada para responder as necessidades de aperfeiçoamento no processo de gerenciar e controlar as listas dos potenciais receptores dos diferentes estados, regiões e de toda a nação, assim como, na busca de garantia da equidade e transparência na distribuição de órgãos e tecidos para a realização dos transplantes e enxertos. Outro fator que motiva esta criação da CNT diz respeito à necessidade de estabelecimento de mecanismos e critérios que permitam que os diversos órgãos, dos potenciais doadores, sejam captados de forma adequada e conseqüentemente a distribuição destes, cumprindo as normas que regulam os critérios estabelecidos para aspectos como compatibilidade, urgência e tempo de espera.

A CNT funciona num regime de 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana, com a colaboração Técnica do Comando da Aeronáutica, Infraero,

empresas aéreas e as concessionárias dos principais aeroportos, que fazem o transporte, de forma gratuita, destes órgãos e tecidos e das equipes de captação entre os estados.

Fazem parte deste sistema também as Organizações de Procura de Órgãos (OPO), essa atuam dentro dos aspectos regionais em conjunto com as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), proporcionando a toda comunidade uma educação ininterrupta e efetiva no campo da doação de órgãos, dando suporte aos hospitais na realização da identificação de potenciais doadores, na manutenção destes, na identificação e na busca de soluções para as fragilidades do processo, na construção de parcerias, no auxílio durante o diagnóstico de morte encefálica (ME), assim como na conclusão do processo de doação e transplante.

A OPO foi estabelecida a partir da Portaria nº 2.601, de 21 de outubro de 2009, apresentando também como função a divulgação da política de transplantes com o objetivo de conscientizar progressivamente a comunidade sobre sua importância. Deste modo os profissionais que compõem a Organização de Procura de Órgãos devem desenvolver atividades como:

“avaliação das condições clínicas do possível doador, da viabilidade dos órgãos a serem extraídos e faz entrevista para solicitar o consentimento familiar da doação dos órgãos e tecidos. Quando a família autoriza a doação, a OPO informa a viabilidade do doador à CNCDO, que realiza a distribuição dos órgãos, indicando a equipe transplantadora responsável pela retirada e implante do mesmo” (Ministério da Saúde, 2017).

Por fim, mas não menos importante, tem-se a CIHDOTT (Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, que surge a partir da Portaria de nº 1.752/2005, que determina a constituição desta em todos os hospitais que possuem mais de 80 leitos, sendo eles públicos, privados e/ou filantrópicos.

Como já foi mencionado, diz-se respeito às comissões que atuam com a finalidade de aprimorar a identificação e a manutenção de potenciais doadores; também possui caráter educativo, se apresentando durante todo o processo de doação e transplante dentro de um ciclo de relações onde se articula com a OPO, este por sua vez se articula com a CNCDO, que mantém uma ligação direta com a

CIHDOTT durante todo o processo de doação e transplantes. A figura 3 expressa a circularidade deste processo.



**Figura 3:** Ciclo de relação entre equipamentos do SNT  
Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

A CIHDOTT requer procedimentos administrativo-burocráticos para a sua instituição em unidade hospitalar deve acontecer por meio de ato formal da direção de cada hospital e vinculado diretamente à diretoria médica da instituição. Esta comissão deve ser composta por, no mínimo, três membros que façam parte corpo funcional da unidade, dentre os quais deve-se empossar um Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. O coordenador por sua vez, por obrigatoriedade deve ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes, quando será certificado pelo Sistema Nacional de Transplantes ou pela respectiva CNCDO para desenvolver tal função.

No Art. 2º da Portaria de nº 1.752/2005 é possível conferir algumas funções atribuídas a CIHDOTT das instituições hospitalares para que assim, seja possível:

“I - detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital; II - viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema; III - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos; IV - articular-se com a Central de Transplante do estado respectivo para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; V - responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos; VI - articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação; VII - capacitar, em conjunto com a CNCDO e O Sistema Nacional de Transplantes, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a

adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos” (Brasil, 2005)

A criação das CIHDOTTs torna-se de cunho obrigatório naqueles hospitais públicos, privados e/ou filantrópicos que estejam adequados com algum dos perfis apresentados abaixo, obedecendo, como é demonstrado pelo Ministério da Saúde (2016), a seguinte classificação:

CIHDOTT I	CIHDOTT II	CIHDOTT III
Unidades de saúde que apresentam até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em unidades de terapia intensiva ou emergência), assim como profissionais da área de medicina interna, intensivismo, pediatria, neurologia, neurocirurgia e/ou neuropediatria quem integrem seu corpo clínico;	Unidades de saúde com referência em trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia que apresentam menos de 1000 (mil) óbitos por ano; fazem parte desta classificação ainda os estabelecimentos de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano;	Unidades de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano, ou ainda unidades que ofereçam pelo menos um programa de transplante de órgão.

**Quadro 1:** Perfis da CIHDOTT  
Fonte: Ministério da saúde (online)

Contudo, vale ressaltar que, toda essa estrutura apresentada, por si só, não se torna suficiente para assegurar a garantia do direito à saúde. Mesmo estando diante de uma construção bem organizada e descentralizada, nota-se a necessidade da efetivação desse sistema a partir de um retorno que é dado unicamente pela sociedade. Este retorno social ainda, concebido como um ato de caridade e benevolência entre indivíduos precisa extrapolar o campo da solidariedade para ser vivenciado, sobretudo, como uma resposta pela concretização de uma saúde pública de qualidade que resulte no processo de doação de órgãos e tecidos.

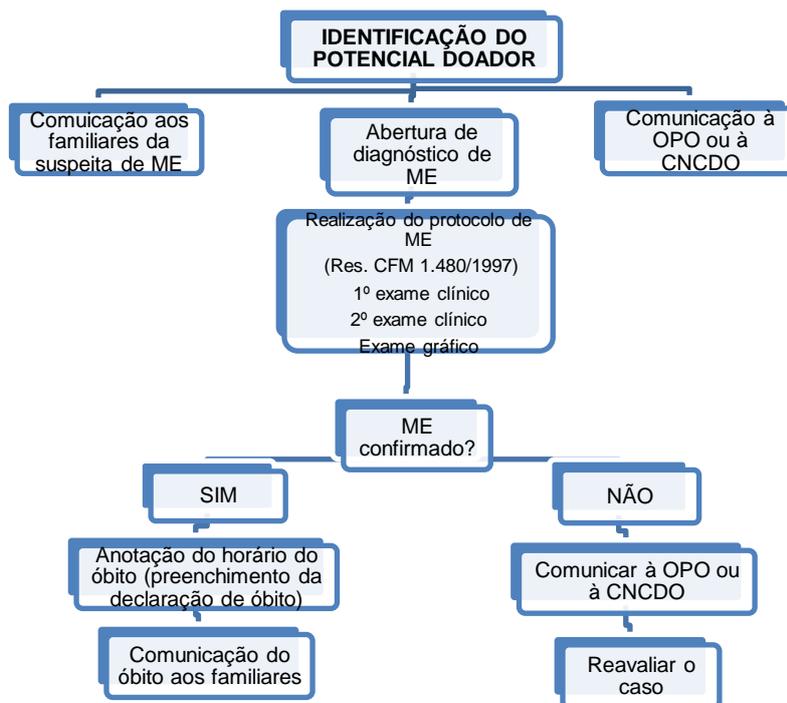
### 3.2 – PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Por meio do processo de doação de órgãos e tecidos, toda a sociedade é convidada a experimentar o princípio ético da benevolência, quando sua atitude passa a beneficiar pessoas (na maioria das vezes desconhecidas) que estão em gigantescas listas de espera por um transplante, o denominado Cadastro Técnico Único (CTU).

O processo de doação e transplante diz respeito a um “conjunto de ações que possibilita transformar um potencial doador (PD) em doador efetivo de órgãos e/ou tecidos, tendo por finalidade o transplante” (LOPES; SILVA, 2014).

Para iniciar o processo de doação precisa-se identificar um possível doador de órgão e/ou tecidos, que tenha ingressado em alguma unidade de terapia intensiva (UTI) ou em algum pronto-socorro (PS). Em sua maioria os potenciais doadores estão internados devido a causas neurológicas, podendo ser: acidente vascular encefálico; traumatismo craniano; tumores cerebrais; meningites, etc; estes pacientes geralmente encontram-se em coma de grau 3, àqueles que não respondem a estímulos.

Inicia-se com os médicos intensivistas ou assistentes que identificam os potenciais doadores, fazem a declaração de morte encefálica, notificam a família e fazem a comunicação à coordenação de transplantes. Continua com a entrevista com a família, em que se solicita o consentimento para remoção de órgãos e tecidos, e com a análise dos resultados. Este processo, na realidade, tem início e término com a sociedade, que fornece os órgãos e deles se beneficia (GARCIA et al, 2000, p. 21).



**Figura 4** – Organograma da abertura de diagnóstico de Morte Encefálica  
Fonte: Ministério da Saúde (online)

No organograma acima (figura 4) mostra-se os primeiros passos do processo de uma possível doação de órgãos e/ou tecidos.

Dentro deste processo, varia-se o modo e os procedimentos para a realização do transplantes, de acordo com a classificação dos potenciais doadores, sendo estes:

- DOADOR CADÁVER OU FALECIDO
  - ◆ Doador com morte encefálica:

Como já mencionado antes, a morte encefálica de um paciente é decretada quando este apresenta interrupção completa e irreversível de todas as funções cerebrais, mesmo na presença de atividade cardíaca ou reflexos primitivos, sendo necessário, como ordena a resolução de nº1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, a realização de dois exames cliniconeurológicos e um exame gráfico complementar. Nesses casos a função cardiorrespiratória deve ser preservada por meio de aparelhos e medicações.

Para comprovação do diagnóstico de Morte Encefálica é, inicialmente, indispensável certificar-se de que:

1. O paciente tenha identificação e registro hospitalar;
2. A causa do coma seja conhecida e estabelecida;
3. O paciente não esteja hipotérmico (temperatura menor que 35° C);

4. O paciente não esteja usando drogas depressoras do Sistema Nervoso Central;

5. O paciente não esteja em hipotensão arterial.

Faz-se necessário ainda, que os exames sejam realizados por diferentes profissionais, e que estes não sejam integrantes da equipe de remoção e transplante, sendo que pelo menos um destes exames deve ser realizado por neurologista ou neurocirurgião.

Dentro da faixa etária do paciente, o intervalo mínimo exigível de um exame para o outro deve ser de:

<b>IDADE DO PACIENTE</b>	<b>INTERVALO MÍNIMO</b>
7 dias – 2 meses	48 horas
2 meses – 1 ano	24 horas
1-2 anos	12 horas
> 2 anos	6 horas

**Quadro 2: Intervalo mínimo para Comprovação de diagnóstico de ME**

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2002

O exame gráfico complementar deve demonstrar ausência de perfusão sanguínea cerebral; ou ausência de atividade elétrica cerebral; ou ausência de atividade metabólica cerebral. Tendo como principais opções: Eletroencefalograma, Doppler Transcraniano, Arteriografia cerebral de 4 vasos, Tomografia por emissão de fóton único (SPECT), Tomografia por emissão de próton (PET), ou Potenciais Evocados somatos sensitivos (PESS).

Em seguida a confirmação de morte encefálica, deve acontecer à notificação às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs). Essa notificação é realizada por meio de um telefonema do médico responsável pelo paciente para a Central do seu Estado informando nome, idade, causa da morte e hospital onde o paciente se encontra internado.

Vale ressaltar que essa notificação deve acontecer de maneira compulsória, independente do desejo familiar de doação ou do estado clínico do potencial doador de transformar-se em doador efetivo. A constatação do óbito deve ser a do momento do diagnóstico de morte encefálica, apresentando a data e o horário do mesmo.

Esses possíveis doadores, mediante consentimento da família e apresentação de fatores clínicos que indiquem a possibilidade de doação, podem estar disponibilizando os seguintes órgãos:

<b>ÓRGÃO</b>	<b>TEMPO MÁXIMO PARA RETIRADA</b>	<b>TEMPO MÁXIMO DE PRESERVAÇÃO EXTRACORPÓREA</b>
<b>Córneas</b>	6 horas Pós Parada Cardíaca	7 dias
<b>Coração</b>	Antes da PC*	4 a 6 horas
<b>Pulmões</b>	Antes da PC*	4 a 6 horas
<b>Rins</b>	Até 30 min Pós PC*	até 48 horas
<b>Fígado</b>	Antes da PC*	12 a 24 horas
<b>Pâncreas</b>	Antes da PC*	12 a 24 horas
<b>Ossos</b>	6 horas Pós PC*	até 5 anos

**Quadro 3: Tempo de preservação dos órgãos após retirada do corpo**

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

- ◆ Doador com o coração parado recente ou doador sem batimentos cardíacos:

Diz respeito ao doador que apresenta parada cardíaca recente, no qual tem-se a possibilidade da retirada de órgãos, de modo especial dos rins.

- ◆ Doador com coração parado tardio:

Diz respeito a cadáver com parada cardíaca não recente, de até 6 horas, no qual este pode estar doando apenas tecidos.

- **DOADOR VIVO**

Pode ser considerado um doador vivo qualquer cidadão juridicamente capaz, que segundo a legislação brasileira, possa doar órgão ou tecido sem que posteriormente possa estar comprometendo sua saúde e capacidades vitais. Este deve apresentar boas condições de saúde e ser avaliado por médicos para realização de exames que comprovem a ausência de doenças que possam comprometer sua saúde, durante ou após a doação.

De acordo com a lei do Brasil, cônjuges, assim como parentes de até quarto grau podem ser doadores; no caso de não parentes, somente podem fazer doação mediante autorização judicial.

Doadores vivos podem doar:

<b>RIM</b>	doa-se um dos rins (é a doação mais freqüente intervivos);
<b>MEDULA ÓSSEA</b>	pode ser obtida por meio da aspiração óssea direta ou pela coleta de sangue periférico;
<b>FÍGADO</b>	parte do fígado pode ser doada;
<b>PULMÃO</b>	parte do pulmão (em situações excepcionais);
<b>PÂNCREAS</b>	parte do pâncreas (em situações excepcionais).

**Quadro 4: Órgãos doados por um Doador Vivo**

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

Envolvidos nesta situação necessita-se que os profissionais comportem-se de maneira tranquila e clara ao noticiara abertura do protocolo de ME à família. Deste modo, são necessárias debates e treinamentos em relação ao assunto, tanto

no ambiente da UTI como nos PS, como uma forma de os profissionais estarem adquirindo familiaridade e desenvoltura.

Após notificação e abertura do protocolo, dois cuidados devem ser tomados com extrema rigidez: manutenção para que não haja alterações fisiológicas próprias do processo de ME; e apoio e orientação que deve ser dado a todo instante aos familiares do possível doador durante todo o processo. Como afirma Santos (2012) é de extrema importância a clareza de informações em relação com todo o processo de doação:

[...] a família emerge como um elemento central nesse processo, de um lado, ela é vista como o principal entrave à efetivação dos transplantes, de outro, ela é percebida como a vítima em todo o processo, crescendo-se a dor da perda brusca e traumática e o grande estresse que representa a decisão de doar. Para que a família possa tomar uma decisão sobre a doação dos órgãos e tecidos de forma coerente e autônoma, faz-se necessário, além da informação, o esclarecimento de todo o processo de doação e suas implicações (p. 41).

Terminado todo o processo de confirmação de ME, a família deve ser comunicada, pelo médico responsável pelo paciente no hospital, da ocorrência do óbito. Neste tempo um profissional capacitado – da CNCDO, OPO ou CIHDOTT analisa se existe viabilidade de doação no possível doador. Posteriormente essa análise, esse profissional dá continuidade ao processo realizando a entrevista com a família e, informando a possibilidade da doação de órgãos e tecidos.

De acordo com a Lei nº 10.211, datada de 23 de março de 2001 que definiu a doação de órgãos como um ato consentido pelos familiares de primeiro grau, a família do doador em potencial é quem dar a palavra final à autorização para que ocorra a efetivação da doação. Levando em consideração a veemência deste momento, Santos (2012) conceitua a entrevista familiar como:

[...] sendo uma reunião entre os familiares do potencial doador e um ou mais profissionais da OPO ou da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgão e Tecidos para Transplante – CIHDOTT, a fim de obter o consentimento para a doação dos órgãos e tecidos [...] A entrevista familiar é um dos momentos mais delicados, no processo de doação e transplante, solicitar a doação dos órgãos a um familiar que acabou de perder um ente querido é um ato difícil e requer preparo por parte do entrevistador. A entrevista deve ser realizada em um local apropriado, longe da presença do doador, com todo o conforto possível, onde a família se sinta segura e acolhida (p. 40-41).

A autora destaca ainda, esta etapa como uma das mais complexas de todo o processo, pois a realização da entrevista familiar abarca aspectos éticos, emocionais e legais; o que exige do profissional grande preparo “para elucidar dúvidas, compartilhar sentimentos e viabilizar o processo de doação” (p.41).

Por força da lei, como já foi mencionado, qualquer doação de órgãos estar sujeita ao consentimento da família, o que traz a família para o cume desse processo. Deve-se entender que esta família é convocada a se manifestar num momento em que é tomada pela dor e pelo choque de uma perda, que muitas vezes julga como prematura. Toda essa situação pode acarretar num problema para meditar com clareza sobre o diagnóstico de ME.

Segundo Malta (2006), um dos agravantes para a recusa das famílias entrevistadas é a cultura de morte que estas apresentam o que dificulta o entendimento do diagnóstico de ME, e o prosseguimento do processo de doação:

A concepção de morte presente em nossa cultura é a parada cardio-respiratória. É muito difícil a compreensão de que a morte do encéfalo determina a falência de todos os sistemas vitais e que naquele corpo não existe mais vida. Este fato, aliado à mobilização de mecanismos de defesa, como a negação e a racionalização, torna o momento da abordagem da família o mais difícil e delicado de todo o processo de captação e transplante (p. 374).

Martins e Cosmo (2009) diante deste contexto apresentam alguns fatores que podem motivar ou servir de entraves para a negação da família no processo de doação, dentre estes pode-se destacar:

Barreiras religiosas e culturais, pois são responsáveis por uma parcela das recusas em doar; • Desconhecimento dos desejos do familiar em morte encefálica sobre doação de órgãos; • Questões emocionais que envolvem o momento da perda podem dificultar a reflexão clara, podendo levar a família a sentir-se sobrecarregada; • Grau de satisfação com o atendimento hospitalar e com a relação estabelecida previamente com a equipe de saúde; • Impressão do primeiro contato com os membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), o momento em que a abordagem ocorre e os tópicos levantados durante a proposta de doação (p. 1.188).

Retomando o pensamento de Santos (2012) o distanciamento e a falta de entendimento, da família, a respeito de ME torna-se um dos aspectos que mais implica no processo de doação de órgãos, uma vez que estas famílias, na maioria das vezes, só se deparam com tais conceitos e questionamentos quando “um ente

querido evolui para tal diagnóstico” (p. 22), estando esta família, muitas vezes, envolvida numa crença em que enquanto se apresenta temperatura do corpo, batimentos cardíacos e movimentos respiratórios não se pode considerar aquele seu familiar como um ser sem vida, morto, logo um possível doador. Com isso, entende-se que:

[...] a doação de órgãos e tecidos para transplante precisa ser entendida para além da esfera biológica, precisa ser compreendida dentro do seu contexto histórico e social. [...] são práticas relativamente recentes que envolvem vários aspectos da natureza humana. Os transplantes de órgãos deixaram de ser experimentos, para se tornarem em opção terapêutica capaz de prolongar a vida de pacientes terminais (SANTOS, 2012, p. 22-23).

Diante deste cenário de morte, torna-se de extrema necessidade o cuidado com a família, uma vez que seus descontentamentos, suas ansiedades e o desejo pela vida do seu, podem transforma-se em desconfiança em relação à equipe de saúde. Uma doença traz consigo potencial ameaça à continuidade da existência, e assim, carrega a presença da morte. “Esse momento de tomada de decisão traz a revelação da precariedade, transitoriedade e dos limites da existência” (BOUSSO, 2008, p. 48).

No processo que envolve a possibilidade da efetivação da doação de órgãos e tecidos a família exerce papel preponderante, por isso o acolhimento, o apoio emocional e a proteção oferecida pela equipe de saúde podem ser elementos determinantes nesse processo. Como afirma Roza et al (2009, p.44) durante o período de internação, “a família é atingida por uma desorganização de seu cotidiano, tendo em vista que a dinâmica familiar se caracteriza pela participação de todos os seus membros, cada um ocupando um lugar social e um lugar emocional”.

### 3.3 - A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE TRANSPLANTES PÚBLICO NO BRASIL

A Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos vem para instituir direitos e garantir à pacientes a realização dos transplantes que estes precisam; como afirma Santos (2012), esta Política “regula toda a rede assistencial por meio

de autorizações de funcionamento de equipes e instituições. Toda a Política de Transplantes está em sintonia com as Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90” (p. 45).

As principais indicações para a realização de transplantes são:

<b>PRINCIPAIS INDICAÇÕES PARA TRANPLANTES</b>	
<b>CORAÇÃO</b>	portadores de cardiomiopatia grave de diferentes etiologias (Doença de Chagas isquêmica, reumática, idiopática, miocardites);
<b>PULMÃO</b>	portadores de doenças pulmonares crônicas por fibrose ou enfisema;
<b>FÍGADO</b>	portadores de cirrose hepática por hepatite, álcool ou outras causas;
<b>RIM</b>	portadores de insuficiência renal crônica por nefrite, hipertensão, diabetes e outras doenças renais;
<b>PÂNCREAS</b>	diabéticos que tomam insulina (diabetes tipo I) em geral, quando estão com doença renal associada;
<b>CÓRNEAS</b>	portadores de ceratocone, ceratopatiabolhosa, infecção ou trauma de córnea;
<b>MEDULA ÓSSEA</b>	portadores de leucemia, linfoma e aplasia de medula;
<b>OSSO</b>	pacientes com perda óssea por certos tumores ósseos ou trauma;
<b>PELE</b>	pacientes com grandes queimaduras.

**Quadro 5: Principais indicações para a realização de um transplante**

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

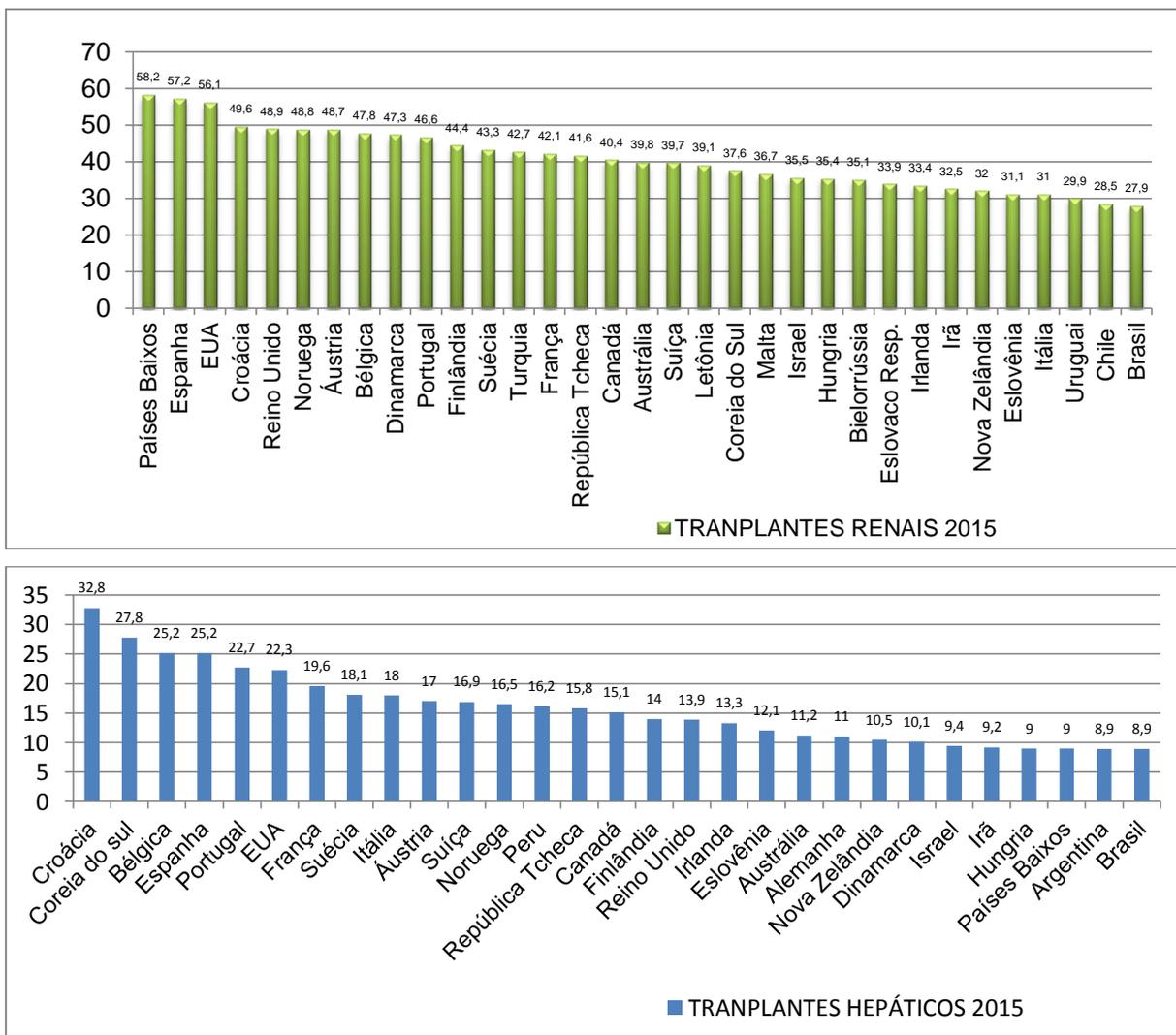
De acordo com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO, 2016) o Brasil possui 673 CIHDOTTs e 53 OPOs em todo seu território, estando presente em 26 Estados do país, através das centrais Estaduais de Transplantes. Ainda segundo a ABTO (2016), no ano de 2016 o Brasil realizou 22.355 transplantes de órgãos e tecidos.

<b>Número absoluto de transplantes</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Córnea</b>	12.724	12.778	14.726	15.280	13.744	13.036	13.861	14.534
<b>Rim</b>	4.298	4.662	4.993	5.435	5.464	5.657	5.588	5.492
<b>Doador vivo</b>	1.752	1.656	1.662	1.504	1.386	1.386	1.189	1.200
<b>Doador falecido</b>	2.546	3.006	3.331	3.931	4.078	4.271	4.399	4.292
<b>Fígado</b>	1.334	1.413	1.496	1.601	1.722	1.757	1.809	1.880
<b>Pâncreas</b>	160	133	181	153	143	128	120	134
<b>Coração</b>	201	166	160	228	271	311	353	357
<b>Pulmão</b>	59	61	49	69	80	67	74	92

**Quadro 6: Número absoluto de transplantes (2009 – 2016)**

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2016

O Brasil é considerado um dos países com o maior programa público de doação e transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Ficam atrás apenas do EUA, em números absolutos, na realização de transplantes renais e hepáticos numa classificação de 30 países. Contudo, quando estes números são analisados por milhão de população (pmp), essa classificação despenca, se posicionando, como mostra o gráfico 1, na 33ª posição, quando se trata de transplantes renais; e na 29ª posição, quando se refere a transplantes hepáticos, como mostra o gráfico 2:



**Gráficos 1 e 2: Transplantes renais e hepáticos (número pmp), durante o ano de 2015.**

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2016

De acordo com os registros da ABTO no ano de 2016, nota-se um crescimento da taxa de doadores efetivos para 3,5%, alcançando 14,6 pmp; entretanto, vale ressaltar que este índice é menor do que foi estimado em 2015, pela ABTO, que esperava um percentual de 15,1 pmp.

Ao analisar as expectativas para as taxas de doação de cada estado, nota-se que alguns estados conseguiram bater a meta ou até mesmo ultrapassá-las, como afirma a ABTO:

atingiram ou ultrapassaram a meta para o ano, os três estados da Região Sul, e também MS, PA, BA, CE e PB[...] nenhum estado da Região Sudeste atingiu o objetivo proposto. Portanto, a Região Sul (30,1 pmp) distanciou-se da Sudeste (15,5 pmp), enquanto as regiões Nordeste (9,9 pmp) e Centro Oeste (9,6 pmp) estão próximas. A Região Norte (3,5 pmp), embora crescendo, pois tinha 1,1 doador pmp em 2009, necessita apoio,

principalmente para os estados que ainda não efetivaram doadores e não realizaram transplantes de órgãos sólidos (RR, TO e AP). Os estados de maior destaque na procura foram: SC (36,8 pmp), pela taxa semelhante à dos países com melhor desempenho no mundo, e PR (30,9 pmp), pelo rápido crescimento de 42% neste ano. O objetivo para 2017 é atingir a taxa de 16,6 doadores pmp no Brasil.

Em relação à taxa de notificação de potenciais doadores, afirma-se ter um crescimento lento que se aproxima de 50 pmp (49,7 pmp), ganhando destaque, mais uma vez, a Região Sul com 74,9 pmp, se posicionando acima da expectativa de 70 pmp. Uma das taxas mais alarmantes do país, diz respeito à recusa de autorização familiar, que se mantiveram elevadas (43%), sendo inferior a 35% apenas no PR (33%). Por sua vez, estados da Região Norte como RO e AC, por exemplo, apresentaram taxa superior a 75% (ABTO, 2016).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Número de doadores efetivos</b>	1.658	1.898	2.048	2.406	2.526	2.713	2.854	2.981
<b>Número de doadores efetivos (pmp)</b>	9,0	9,9	10,7	12,6	13,2	14,2	14,1	14,6
<b>Número de notificações (potenciais doadores)</b>	6.490	6.979	7.238	8.025	8.871	9.351	9.698	10.158
<b>Número de notificações (pmp)</b>	35,3	36,6	37,9	42,1	46,5	49,0	47,8	49,7
<b>Recusa familiar</b>	1.390	1.800	1.937	2.315	2.622	2.610	2.613	2.571
<b>Percentual de recusa das entrevistas</b>	—	—	—	41%	47%	46%	44%	43%
<b>Parada cardíaca</b>	1.350	1.279	1.205	1.188	1.292	1.156	1.164	1.136
<b>Contra-indicação médica</b>	1.101	991	832	836	1.150	1.349	1.416	1.594
<b>Outros</b>	991	1.011	1.216	1.280	1.281	1.523	1.651	1.876

Quadro 7: Dados referentes à doação de órgãos (Brasil, 2009 – 2016)

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2016

Por meio dos dados apresentados acima, nota-se que tem um aumento considerável em relação ao número de doadores efetivos entre os anos de 2009 e 2016. O número de doadores efetivos de órgãos no Brasil subiu, o que de acordo com José Lima Oliveira Júnior, médico e coordenador da Comissão de Remoção de Órgãos da ABTO, “essa taxa de doadores efetivos vinha caindo ao longo de

2015, se estabilizou no primeiro trimestre de 2016 e começou a subir agora, no segundo trimestre deste ano”.

Entretanto, apesar do aumento, o número de doadores efetivos ficou abaixo do acreditado para o período, quando eram esperados 16 por milhão de pessoas, estando longe do avaliado como ideal. Além disso, segundo os dados apresentados pelo ABTO e pelo Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, os transplantes feitos caíram no segundo trimestre do ano, assim como o número total de potenciais doadores, sobretudo nos estados mais populosos do país (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais).

Conforme destaca Oliveira Júnior, os cinco anos anteriores a 2015 esperavam-se melhorias nos números de transplantes realizados, de doadores efetivos e de potenciais doadores, ocasionando uma diminuição da fila de espera. No ano passado, no entanto, surpreendentemente toda a tendência esperada se reverteu, com declínio em todos os indicadores do setor.

“Basicamente, [houve] uma desorganização do sistema”, alerta o coordenador, que fez referência a atrasos no pagamento aos hospitais, contratos desfeitos e não renovados e falta de reajuste dos procedimentos como motivos da piora dos resultados.

O médico ainda ressalta que:

[...] os potenciais doadores no Brasil são jovens, vítimas de violência, de traumas e acidentes de automóvel, em geral, que eram saudáveis até a ocorrência desses episódios, o que favorece o aproveitamento dos órgãos. Nós precisamos aumentar nosso aproveitamento.[...] Nem todos os órgãos doados podem ser aproveitados. O doador precisa ser mantido em um ambiente adequado, precisa de ventilação mecânica, de medicamentos para ajustar a pressão, de infraestrutura que permita manter a temperatura do corpo, precisa de reposição hormonal, muitas vezes de transfusão de sangue, de dieta enteral, etc. (OLIVEIRA, 2015)

Além de todos esses aspectos trazidos pelo coordenador da comissão de remoção de órgãos da ABTO, vale ressaltar que não são os únicos, ou aqueles que os determina. De acordo com Garcia (2000) *apud* (SANTOS, 2012), os profissionais de saúde, também podem ser vistos como obstáculos para a doação de órgãos, com efeito, pesquisadores como Santos e Massarollo (2005) asseguram ainda que, tanto na população quanto nos profissionais de saúde, possui dificuldade no consentimento da morte encefálica como forma de identificação da morte.

<b>Fatores implicados na dificuldade de profissionais de saúde envolver-se no processo de doação</b>
Falta de treinamento médico na identificação e no manejo clínico do potencial doador
Desconhecimento de como iniciar o processo de doação
Receio de complicações legais (falta de conhecimento dos aspectos legais)
Trabalho extra, envolvido na manutenção do potencial doador
Desconforto com o conceito de ME
Desconhecimento dos critérios de indicação e contra indicação para a doação
Dificuldade em considerar o paciente como doador de órgãos
Relutância em entrevistar a família num momento de sofrimento

**Quadro 8: Fatores implicados na dificuldade de profissionais de saúde envolver-se no processo de doação**

Fonte: Garcia, (2000) apud Santos (2012).

Tem-se ainda como uma das fortes motivações para o baixo número de efetivação de doadores, o distanciamento da sociedade brasileira a respeito da temática e à má compreensão, por grande parte da população, do conceito de morte encefálica. Na maioria das vezes, o primeiro e único contato que as famílias de possíveis doadores possuem com a política nacional de transplantes é dado no momento em que essas famílias são questionadas acerca da possibilidade de doação dos órgãos de seus entes queridos, que foram diagnosticados com ME.

O que está relacionado diretamente com a forma em que estas pessoas visualizam o Sistema público de saúde no país; como afirmam Quintana e Arpini (2009):

Os entrevistados consideram a equipe médica como pertencente a um grupo social que os oprime. Isso gera desconfiança frente à equipe. Essa avaliação negativa se estende ao atendimento de saúde como um todo [...] essa desconfiança na eficácia do sistema de saúde, por vezes, estende-se ao procedimento de captação de órgãos. O sistema, em alguns casos, é visto como corrupto, favorecendo àqueles que possuem mais recursos econômicos e dando ao possível doador a sensação de estar sendo usado. O que seria inicialmente um ato de generosidade – doar sem nenhum interesse pessoal para alguém que está precisando – é visto como sendo deturpado ao transformar o seu ato de generosidade num

processo comercial e, assim, o familiar que doou fica transformado num “inocente útil” (p. 98-99).

Esse distanciamento não diz respeito apenas àqueles envolvidos neste determinado momento, mas sim a todo e qualquer atendimento dispensado a este possível doador, ou alguém próximo. O que resulta numa não doação como forma de punição ao sistema de saúde, quando necessitou-se dos seus serviços e não foi contemplado com um bom atendimento que pode ir desde a portaria ao mais complexo atendimento necessário.

### 3.3.1 - RAIO X DA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS NA BAHIA

Dentre os estados que formam a Região Nordeste do país, a Bahia representa a maior extensão territorial, a maior população com aproximadamente 15.203.934 (IBGE 2015), o que representa 7,4% de todo território nacional, o maior produto interno bruto, o maior número de municípios, além de ser o estado que mais recebe turistas na região.

A Bahia apresenta um dos índices de desigualdade referente à local/regional mais forte do país, o que pode ser entendido como fruto da diversificação geográfica e da desigualdade socioeconômica que se revela intensamente na dimensão social do estado. Tais aspectos podem ser considerados geradores de profundos problemas existentes na Bahia, como por exemplo, um crescimento econômico acelerado e concentrador de renda. Desta maneira Santos (2012) elucida que:

As dimensões continentais e as grandes diferenças sociais da Bahia tornam as dificuldades relacionadas à política de saúde ainda maiores. O processo de sucateamento dos serviços públicos, a desvalorização e falta de investimento no quadro de servidores públicos, acabaram reduzindo a capacidade do Estado em responder às necessidades/direitos dos cidadãos baianos (p. 56).

A autora ainda alerta que os índices alarmantes e todos os agravos que se manifestam por meio das desigualdades encontradas no estado, não podem deixar de serem analisados sem levar em consideração “a municipalização tardia da gestão da saúde do Estado”. Como resultado deste tardio processo tem-se um serviço de saúde, oferecidos pelos municípios, cada vez mais desestruturados sendo

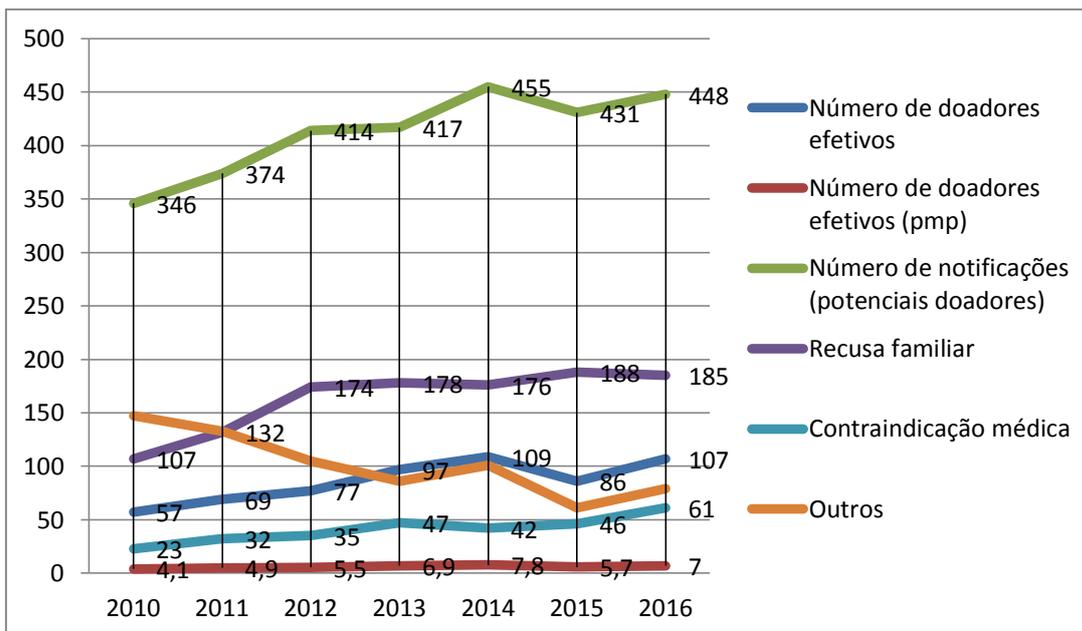
gerenciados e sob a gestão do governo do estado, o que inibe o protagonismo dos governos municipais.

Em consequência, fomenta-se outro significativo problema que é a ausência de especialidades nos municípios, como afirma Santos (2012) “a concentração de leitos especializados também reflete na oferta de serviços, quase 90% das ações de alta Complexidade no Estado e 50% da média complexidade são realizadas na capital do estado, no município de Salvador” (p. 57).

Ao todo estado da Bahia possui 563 hospitais, estando 61 destes localizados na capital do estado e 502 subdivididos nos outros 416 municípios do interior; mantém 1.719 leitos de UTI, e dispõe de 7 CIHDOTTs e 7 OPOs. Destas 7 Organizações de Procura por órgãos, 3 estão localizadas na capital do estado (OPO HGE – Regional 1, OPO HGE – Regional 2 e OPO Ernesto Simões) e 4 estão localizadas no interior (OPO – Feira de Santana, OPO SUL – Ilhéus/Itabuna, OPO Vitória da Conquista e OPO Extremo Sul); cada uma dessas OPOs estão ligados com, em média, 8 hospitais de dimensão pública ou privada.

Deste modo, a Política de Transplantes no Estado da Bahia tem se confrontado com graves problemas para que, de fato, ocorra a sua efetivação, o que resulta em baixos índices de captação e efetivação de transplantes, ocasionando ainda um aumento na lista de espera de diversos órgãos. Em 2016, o Estado apresentou uma taxa de doador efetivo em 7,0 pmp, enquanto a taxa nacional foi de 14,6 pmp, segundo o ABTO.

No ano de 2016 registrou-se um número de:



**Gráfico 3: Doação de órgãos Bahia (2010 – 2016)**

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2016

O gráfico acima demonstra uma realidade no estado da Bahia não muito diferente da situação do país, nota-se um grande número de notificações de potenciais doadores, chegando a 448 notificações no ano de 2016, no entanto são efetivadas menos de  $\frac{1}{4}$  destes registros. Tal déficit pode ser justificado pelas causas apresentadas pela autora acima citada, relacionadas abaixo:

a crise do sistema de saúde na Bahia; o déficit de leitos de UTIS; a falta de capacitação no processo de diagnóstico de ME das equipes médicas das unidades de terapia intensiva; a inadequada manutenção hemodinâmica do potencial doador; a falta de estrutura e equipamentos para a validação do diagnóstico; e a demora para a realização dos exames confirmatórios[...] Em sua maioria, os membros das CIHDOTTS não dispõem de carga horária suficiente para o desenvolvimento das ações referentes ao processo de doação, visto que acumulam outras funções dentro de suas unidades de saúde; não dispõem de área física definida; nem equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos; e não dispõem de material e treinamento adequado para o exercício da função. Vale salientar que os hospitais não têm autonomia no diagnóstico de ME, dependendo do suporte técnico da CNCDO para a validação do protocolo desta (p.57-58)

Soma-se a estes fatores ainda a recusa familiar da doação de órgãos para transplantes, algo que amplia mais a disparidade entre o número de notificações de possíveis doadores e de órgãos captados. Assim como em todo o Brasil, na Bahia os motivos que originam a recusa estão interligados com a prestação e qualidade de serviços ofertados aos pacientes, a relação estabelecida com os familiares

durante todo o período de internação, de modo especial durante o protocolo de ME, o momento da realização da entrevista familiar e a falta de informações e esclarecimentos do processo.

A Bahia é o quinto estado com maior percentual de recusa de doações de órgãos, e tem mais de 2.200 pacientes na lista de espera para transplantes, principalmente de córneas, rins e fígado. A lista de espera na Bahia tem casos de diferentes tempos de atendimento. No caso dos transplantes de fígado, a demora vai depender do diagnóstico de gravidade do doente. Nos transplantes de córneas, que tem o maior número de pacientes na lista de espera, o tempo varia de um a um ano e meio, podendo chegar a até cinco anos, em caso de incompatibilidade de órgãos. Em todos os casos, prevalece a gravidade dos doentes que estão na lista de espera.

Na Bahia, conforme avaliações da Central de Captação de Órgãos da SESAB, 24% das recusas tiveram como motivo o desejo de se manter o corpo do doador em condições integrais, sem qualquer mutilação na retirada de órgãos. Outros 21% dos doadores não tiveram causa de morte registrada. Já 15% das famílias manifestaram contrárias a qualquer forma de doação, enquanto 19% foram os próprios doadores que se recusaram. A pesquisa mostrou ainda que 3% dos casos foram por falta de consenso familiar e 1% apenas por convicções religiosas.

#### 4 - A LISTA DE ESPERA: ANGÚSTIA DO FIM DA LINHA?

A Constituição Federal Brasileira determinou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo que a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê em seu Artigo 7º, como princípios do sistema:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...).

Deste modo, torna-se explícito a escolha do Brasil por um sistema público e universal de saúde, que precisa garantir atendimento integral para toda a sociedade, não podendo restringir seus atendimentos a um “pacote” mínimo e/ou básico de serviços de saúde, destinado a qualquer uma das parcelas da população, tal como discutimos no primeiro capítulo. Com isso, nota-se a importância de se entender a atenção básica como um marco orientador do Sistema Único de Saúde e nunca como um fator de impedimento que limita ou exclua dentro deste sistema.

Portanto, o SUS em sua estrutura enfrenta um duplo desafio: alargar as portas do sistema para garantir um bom atendimento à população historicamente desassistida em saúde e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção à saúde que possam dar conta das necessidades de atendimento.

Falar de atenção básica neste momento da pesquisa é reafirmar a importância, influência e complementaridade desta esfera na média e alta complexidade dos serviços de saúde, espaços que asseguram a realização do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Na vivência destas esferas de construção da saúde pública, a ‘integralidade’ ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, uma vez que, pode ser idealizada como uma ação social que resulta da influência mútua e democrática entre os atores envolvidos no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos variados estados de atenção do sistema. Ou seja, a construção e prática da ‘integralidade’ das ações incide na estratégia palpável e sensível de fazer acontecer o coletivo, por meio da realização de atos dos indivíduos presentes neste processo em defesa da vida.

Faz-se então necessário entender que a integralidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde procura garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que perpassa a prática curativa, observando o indivíduo em todos os níveis de atenção e analisando o usuário deste sistema, dentro de um contexto social, familiar e cultural em que está envolvido.

Como afirma Pereira (2009, p. 25) “a integralidade é uma diretriz e um princípio para a assistência à saúde”, sendo este o princípio que mais se relaciona com a questão da articulação entre os momentos da atenção à saúde desde atenção básica até a de alta complexidade. Quando analisados a partir dos valores sociais a integralidade e o direito universal de acesso refletem a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um Estado de bem-estar, em substituição a um sistema excludente e segmentado.

Neste capítulo busca-se ocupar-se em responder como é possível reconhecer as marcas da integralidade na política de transplantes? Seguido de uma análise da construção, permanência e angústias que passam um usuário do sistema público de saúde nas listas de espera.

#### 4.1 – INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE TRANSPLANTES

Entendendo que a construção de uma política pública pode ser vista como respostas ou tentativas de respostas dadas pelo governo a problemas públicos, e que estes problemas dizem respeito à agenda governamental, pode-se afirmar que este processo sempre contará com a presença de um conjunto de atores que demandam a inclusão ou não destes problemas públicos, na agenda governamental (MATTOS, 2007), o que não poderia ser diferente com a política de transplantes.

Desta forma como já mencionado nesta pesquisa, no transcórre da implementação de um sistema de saúde brasileiro, atores e interesses são colocados à postos e precisam ser analisados pelo governo. Neste momento, uma das bandeiras apresentadas pelos movimentos sociais, é o que hoje tem-se como um dos princípios que norteiam, ou deveria nortear, a funcionalidade do Sistema Único de Saúde:

A noção de integralidade manifestava de certa forma uma indignação com a forma de pensar. Ao defender que ações preventivas e assistenciais estejam articuladas, advoga-se que os formuladores das diversas políticas de saúde devem levar em conta ambas as dimensões [...] defende-se políticas que garantam o acesso universal e igualitário que se façam necessárias, quer sejam tais ações preventivas, quer assistenciais. Nesse sentido, o princípio da integralidade tem repercussões sobre o arranjo das instituições governamentais voltadas para formular e implementar as políticas de saúde (MATTOS, 2007; p.54)

Daí emana a ideia de integralidade que deve motivar a construção de uma política, como expressão do direito à saúde, direito à vida, a garantia da universalidade de acesso aos serviços ofertados pelo Estado, a equidade e a articulação com modelos teóricos que ultrapassem um olhar puramente biomédico, mas que construa e fortaleça espaços de cidadania coma inclusão dos valores das populações em relação a saúde (OLIVEIRA, 2009)

O princípio da integralidade presente na Política Nacional de Transplantes, traz a noção de uma ideia de atenção não dicotomizada, expandindo a possibilidade de uma radicalização do Direito à saúde, por meio da oferta de um sistema que busca apresentar mais uma possibilidade de melhoria e garantia de vida.

A luta pela integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) provoca um repensar de fatores importantes no aparelhamento do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde. Como afirma Fracolli et all (2011), diz respeito a:

Uma mudança radical no modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. As práticas interativas devem estar disponíveis como alternativas do cuidado (p.1.136).

A humanização do cuidado, que diz respeito desde a atenção dispensada na recepção e no atendimento, até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, necessita orientar todas as interferências em saúde, que adotem como fundamento o conceito de integralidade. Este princípio busca considerar as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orientar políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à

rede de serviços. “Constrói-se na práxis das equipes de saúde com e nos serviços de saúde” (FRACOLLI et all, 2011, p. 1.136).

Deste modo atenta-se que, a integralidade de atenção à saúde, decorre a aspecto não apenas de organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do caminho que percorre os usuários para o acesso aos mesmos. Sendo assim, uma das formas de garantir a integralidade é através da realização de mudanças na produção do cuidado, que inicia desde a rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo todo o processo de atenção hospitalar, onde estão presentes os procedimentos de doação e transplantes.

Em relação à rede básica, esta deve ser analisada inicialmente como uma forma de contribuir ou não para um melhor desempenho da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência proporcionada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá diminuir a demanda por procedimentos especializados e exames, principalmente aqueles caracterizados como processos de maior complexidade, poupando os recursos públicos para realização do que realmente são necessários.

Isso pode ser analisado na medida em que se verifica que, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica, o que resulta em agravos da situação de saúde do usuário, pela falta de um diagnóstico precoce, ou pela espera por um atendimento de especialistas.

A falta de solidariedade por meio dos serviços ofertados e a responsabilidade no cuidado ao usuário são concretizados no momento que equipes médicas realizam encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, quando sem as informações necessárias sobre o quadro doentio, expõe certo modo de operar o trabalho em saúde.

A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde (FRANCO, 2004, p. 5).

A alternativa pensada para subjugar os desafios de ter uma assistência integral à saúde inicia pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e continua somando-se a todas outras atuações assistenciais, seguindo o que apresenta Franco:

... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores... (2004, p. 8).

Entende-se, portanto que o processo de integralidade dar início a partir da organização dos procedimentos realizados na atenção básica, onde a assistência necessita ser multiprofissional, atuando por meio de ações, como a de acolher, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado com o usuário. Este é desempenhado a partir dos múltiplos campos de saberes e práticas, onde se integram desde os da vigilância até àqueles que cuidam da saúde por meio de cuidados individuais.

A não realização do acolhimento, da assistência e esgotamento de possibilidades para confirmação de diagnóstico, muita das vezes atinge diretamente o processo de doação de órgãos, devido ao descrédito que a população tem ao serviço público de saúde, ficando muitas vezes as famílias que são submetidas a entrevista familiar no processo de doação, desacreditada desse sistema e respondendo de forma negativa a solicitação da sociedade por um órgão de um dos seus entes.

Desta forma, reafirma-se a ideia de que todo o processo de doação e transplantes, mesmo sendo considerada uma ação de alta complexidade, estar diretamente interligado com a atenção básica e a média complexidade. Isso por dois fatores: 1- a falta e/ou demora de um diagnóstico e de ações preventivas desencadeia um aumento dos números de pacientes que necessitam de um transplante; e 2- a falta de acolhimento e atendimento adequado e humanizado resulta, muitas vezes, numa recusa de doação de órgãos por parte dos familiares, o que promove consequentemente um aumento desmedido nas listas de espera por um órgão.

## 4.2 – O DESEJO POR UMA “NOVA VIDA”

A oportunidade da realização de um transplante para um paciente, em fila de espera, na maioria das vezes só é colocado já no final de uma linha de condições de vida. O Transplante reúne um conjunto de tecnologias densas organizadas de modo a responder às demandas de restabelecimento de funções de um determinado órgão e/ou até mesmo de uma nova chance para a vida.

A crescente procura por órgãos, quando relacionada com a oferta destes, é um acontecimento mundial que reflete no aumento inalterável das filas de espera para realização de transplantes. A destinação desses órgãos é realizada por meio de critérios legais já estabelecidos, e que definem como e a quem serão destinados (SANTOS, 2012).

Baseadas na Lei nº 9.434/1997, no Decreto nº 2.268/1997 e na Portaria GM/MS nº 2.600/2009, cada órgão possui uma fila de espera própria. Por meio de sistema informatizado, as relações dos pacientes são administradas pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), do Ministério da Saúde.

Uma das principais características das listas de espera é que elas não funcionam por ordem de chegada. Os critérios estabelecidos obedecem à ordem de condições médicas apresentada pelos receptores destes órgãos. Organizandose por meio de três fatores determinantes: compatibilidade dos grupos sanguíneos, tempo de espera e gravidade da doença. Sendo a gravidade do estado de saúde do paciente o fator mais determinante, quando analisado com o tempo de espera. Assim, pacientes com maior risco de morte têm a preferência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O paciente a espera de um transplante necessita estar inscrito no Cadastro Técnico Único (CTU). Vale ressaltar que mesmo referindo-se a um sistema de transplantes nacional, assim como o preenchimento da fila de espera, as distribuições destes órgãos são realizadas de maneira regionalizadas, “isso significa que o órgão do doador é viabilizado para um receptor do mesmo Estado da federação. Isso acontece, primeiramente, por questões de logística de transporte. Além disso, considera-se o tempo de isquemia” (ABTO, 2016).

Como afirma Gomes (2007) *apud* Santos (2012):

Nas sociedades democráticas, os critérios de distribuição de órgãos visam conferir justiça e equidade a esse procedimento, particularmente quando se considera o contexto de desigualdade social e econômica. Esse contexto pode influir decisivamente nas oportunidades de os cidadãos obterem acesso a órgãos para transplante (p. 50).

	RIM	FÍGADO	CORAÇÃO	PULMÃO	PÂNCREAS	PÂNCREAS/ RIM	CORNÉA	TOTAL
<b>ACRE</b>	25	20	0	0	0	0	12	57
<b>ALAGOAS</b>	291	0	0	0	0	0	145	436
<b>AMAZONAS</b>	33	0	0	0	0	0	170	203
<b>BAHIA</b>	775	122	0	1	0	0	1.185	2.083
<b>CÉARA</b>	374	367	46	10	1	6	1.400	2.204
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	189	95	54	0	0	0	503	841
<b>ESPÍRITO SANTO</b>	758	149	24	0	0	0	902	1.833
<b>GÓIAS</b>	88	0	8	0	0	0	1.051	1.147
<b>MARANHÃO</b>	107	0	0	0	0	0	295	402
<b>MATO GROSSO</b>	0	0	0	0	0	0	167	167
<b>MATO GRSSO DO SUL</b>	6	0	0	0	0	0	190	196
<b>MINAS GERAIS</b>	787	125	41	0	2	23	1.820	2.798
<b>PARÁ</b>	119	0	0	0	0	0	154	273
<b>PARAÍBA</b>	193	5	0	0	0	0	369	557

<b>PARANÁ</b>	2.114	907	142	0	12	107	3.289	6.571
<b>PERNAMBUCO</b>	1.105	285	57	0	0	9	1.095	2.551
<b>PIAUÍ</b>	64	0	0	0	0	0	230	294
<b>RIO DE JANEIRO</b>	592	274	18	0	0	0	1.027	1.911
<b>RIO GRANDE DO NORTE</b>	116	0	0	0	0	0	70	186
<b>RIO GRANDE DO SUL</b>	615	155	52	63	2	11	546	1.424
<b>RONDÔNIA</b>	10	0	0	0	0	0	70	80
<b>SANTA CATARINA</b>	161	112	3	0	0	4	307	587
<b>SÃO PAULO</b>	4.572	1.117	205	53	11	91	5.982	12.031
<b>SERGIPE</b>	0	0	1	0	0	0	210	211
<b>TOCANTINS</b>	0	0	0	0	0	0	13	13
<b>TOTAL BRASIL</b>	<b>13.094</b>	<b>3.733</b>	<b>631</b>	<b>127</b>	<b>28</b>	<b>251</b>	<b>21.192</b>	<b>39.056</b>

Quadro 9: Número de pacientes que ingressaram na lista de espera durante o ano de 2016, por estado.  
Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2016

Nota-se uma desigualdade alarmante entre a população dos variados estados, algo que reflete uma realidade da saúde pública do país, e a disparidade entre os indivíduos que pagam pelo serviço ou possuem plano de saúde e aqueles sem cobertura de plano privado. O que conseqüentemente reflete num aumento na

lista de espera, e provoca dificuldades de acesso para a população de baixa renda e para os que moram afastados dos centros transplantadores ou não possuem recursos para custear o deslocamento.

Marinho (2010), em um dos seus estudos relata as gritantes diferenças que passam os pacientes cadastrados na lista de espera das diferentes regiões do país:

No conjunto das Unidades da Federação, fica evidente um predomínio do menor tempo de espera nas Regiões Sul e Sudeste, que também concentram a maior parte dos transplantes realizados e dos pacientes em filas. As exceções na Região Nordeste são os estados de Pernambuco e Ceará que se destacam positivamente, tanto por apresentarem tempos estimados de espera relativamente baixos, quanto por suas relativamente elevadas frequências de realização de transplantes (especialmente de rim, fígado e córnea). Na Região Sudeste, e no país, o destaque positivo é o Estado de São Paulo. Esse bom desempenho pode ser observado pelo exame do relativamente menor tempo de espera, em razão das elevadas frequências de realização de todos os tipos de transplantes (p. 792).

Desta maneira nota-se uma das fragilidades existentes no Sistema Nacional de Transplantes; as desigualdades presentes no desenvolver deste processo afligem ainda mais aqueles que necessitam da realização de um transplante para que de fato concretize-se a garantia pelo direito à vida, que está assegurado na Constituição Federal de 88.

Estar inscrito numa lista de espera configura-se como estar no final, limiar, de uma reta de sobrevivência; trata-se da única chance para garantia de vida, e essa chance diminui-se a cada segundo de espera. Tudo isso, fruto de um sistema de saúde que exclui mais do que inclui, que busca fazer um tratamento mais curativo do que preventivo.

Tem-se no fim da linha, uma análise possível a respeito da integralidade no processo de doação de órgãos e transplantes, que como afirma Oliveira (2009), incide sobre duas vertentes: “a integralidade como atributo da prática cotidiana do serviço, e a organização dos serviços de modo a articular a promoção da saúde, a prevenção e a assistência” (p. 99).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória do direito a saúde no Brasil é assinalada por lutas de vários segmentos da sociedade e hoje já expõe expressivos avanços para toda a população independente de classe e posição social. As iniciativas primitivas do Estado em relação à política de saúde no Brasil ocorreram a partir do século XX, sendo mais preciso na década de 30, momento em que o Estado passa a interferir na oferta de serviços de saúde, “a conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões de forma orgânica e sistemática” (BRAVO, 2007 p. 91).

As transformações nos aspectos culturais, econômicos, sociais e políticos do Brasil tornaram-se aspectos importantes para essas iniciativas estatais. E resultaram, mesmo que décadas mais tarde, na construção de um sistema de saúde mais próximo do esperado e acreditado pela população e movimentos sociais que fizeram parte desse processo resultante do projeto de Reforma Sanitária.

Apesar dos progressos, compreende-se a necessidade da viabilização de políticas públicas que promovam a concretização dos direitos sociais conquistados pela sociedade e reunidos na legislação, cuja efetivação estar interligada ao cumprimento destas políticas, que relacionadas à cidadania, buscam a realização do princípio da igualdade (PEREIRA, 2009). Neste cenário, os pacientes que precisam de um transplante de órgão e/ou tecido, fazem parte de um grupo dos novos sujeitos possuidores de direitos e que exigem, portanto, políticas públicas específicas.

Tal situação diz respeito a uma demanda da saúde pública, na qual a importância social justifica-se no fato dos usuários que esperam nas filas por um transplante de órgão ou tecido encontrarem-se afastadas de seu meio social. A possibilidade da realização do transplante, na maioria das vezes, se estabelece na única chance de conseguir uma melhor qualidade de vida, de poder ser reinserido na sociedade de forma produtiva e gozar de direitos como, constituir família, estudar, trabalhar, entre outros. Se tratando de órgãos sólidos (rim, coração, fígado, pâncreas, entre outros), a situação torna-se ainda mais alarmante e desesperadora, pois o transplante constitui-se como a única opção terapêutica capaz de prevenir a morte e oferecer a expectativa de uma nova vida.

Diante dos fatos apresentados, pode-se concluir que o processo de doação e transplante diz respeito a uma ampla estrutura e não pode ser entendida como uma ação que se inicia apenas na unidade hospitalar. Este processo deve ser percebido como algo que começa em toda e qualquer estrutura de saúde, uma vez que a qualquer momento um determinado usuário do Sistema Único de Saúde pode se tornar um doador ou receptor de um órgão. Sendo assim, devem ser priorizados todos os seus níveis de atenção, ofertando cuidados e informações adequadas.

Desta forma, pode-se afirmar que as transformações esperadas nos números que indicam a situação do transplante no Brasil, está atrelada as mudanças dos indicadores de saúde nos Estados, e a forma como a política de saúde está sendo construída e gestada nestes espaços. Ou seja, enquanto existir precariedade nas ofertas aos serviços de saúde, desumanização das ações dos profissionais de saúde, precarização no cuidado e nas ações educativas em saúde, a política nacional de transplantes apresentará problemas em se concretizar, o que conseqüentemente resultará num baixo número de transplantes.

## REFERÊNCIAS:

ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes e Estatísticas de Transplantes**. São Paulo: ABTO, 2016. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0>>. Acesso em: fev. 2017

BACCHELLA T. **Bioética dos Transplantes** In: Segre M. A Questão Ética e a Saúde Humana. São Paulo: Atheneu. 2006.

BOUSSO, Regina Szyllit. **O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 17, n. 1, p.45-54,Mar.2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em 31 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07078000100005>.

BRAVO, Maria Inês Souza.**Saúde e serviço social**. Rio de Janeiro: Cortez. 2006.

\_\_\_\_\_. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil**. Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência à Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde), s.d.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16 ed.Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção,proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 10.211**, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997,que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.Diário Oficial da União, Brasília, 24 mar. 2001.(Edição extra).

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 2.268**, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei n. 9.434,de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e dá outras providências.Brasília: Diário Oficial da União 1 jul 1997; (1):13739.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 9.434**, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos,tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União 5 fev 1997; (1):2191.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n. 2.600**, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União 2009

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n. 1.262**, de 16 de junho de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Diário Oficial da União 19 jun 2006.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/pdf>>. Acesso em: 13 de dez de 2016.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone; GRANJA, Gabriela Ferreira and ERMEL, Regina Célia. **Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2011, vol.45, n.5, pp.1135-1141. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>.

GARCIA. V.D. et al. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo, Ed. Office, 2000.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 10. ed. São Paulo: Método, 2006.

Matta GC. **Família, práticas institucionais e transplantes de órgãos**. In: Mello FilhoJ, Burd M. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006. p. 365-76.

MELO, Vanessa Costa (org). **Doação e Transplante de Órgãos: aspectos éticos e legais**. Paraíba: [s.n.], 2012. Disponível em<<http://cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/.pdf> >. Acesso em: fev. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portal da Saúde. **Entenda o SUS**. Brasília: MS, 2014. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/404.html> >. Acesso em: nov. 2016

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC DO SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS, 1990. Disponível em:<[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus.pdf)>. Acesso em: nov. 2016.

MOREIRA, Lenice Silveira. **O Princípio Constitucional da Dignidade Humana: Um olhar conforme a Espistemologia da Complexidade**. Revista Jurídica da FAL, V2. Natal, 2006.

NEVES, M. E. R; SILVA, M. de J. da. **Previdência Social: construção da prática do Serviço Social**. In:BRAGA, L; CABRAL, M. do S. R. O Serviço Social na

Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA. 2008

PEREIRA, Potyara A. P. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In Boschett, Behring, Santos, Mioto. Política Social no Capitalismo; São Paulo: Cortez, 2009.

PINHEIROS, R. & MATTOS, R. **A Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

QUINTANA, Alberto Manuel; ARPINI, Dorian Mônica. **Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação.** Bol. psicol, São Paulo, v. 59, n. 130, p. 91-102, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_art](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art)>. Acessos em 20 mar. 2017.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de Saúde no Brasil: SUS e os pactos pela Saúde.** São Paulo: UNIFESP. s.d.

ROZA BA, Ferraz Neto B-H, Thomé T, Schirmer J. **Doação de órgãos e tecidos no Brasil: podemos evoluir?** In: O Mundo da Saúde São Paulo [periódico na Internet]. 2009 Jan [acesso em Jan 2017; 33(1):43-48. Disponível em: [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/66/43a48.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/66/43a48.pdf)

SANTOS, Roberta Cristina Cardoso dos; MOURA, Luciana Carvalho; FULLY, Loren F. Knup. **Entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos.** In: Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT. Barueri, SP: Minha Editora, 2014. Pág. 59-72.

SANTOS, Elisangela Souza. **O Processo de Doação de Órgãos e Tecidos: A Experiência da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos do Hospital Roberto Santos.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional) – Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas. 2012

SILVA, A. A. da. **O Serviço Social na Previdência Social: entre a necessidade social e o benefício.** In: BRAGA, L; CABRAL, M. do S. R. O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, Márcia Floro da. **Doação de órgãos: Sim e não.** 87f, 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista. Franca, 2010.

SILVEIRA, Alex dos Santos da; LIMA, Rosangela D. W. Gomes. **Saúde pública, atraso e reabilitação nacional: República Velha e depois...** Revista Espaço Acadêmico, Maringá, n. 35, abr. 2004. Disponível em <[http://www.espacoacademico.com.br/035/35esilveira\\_lima.htm](http://www.espacoacademico.com.br/035/35esilveira_lima.htm)>. Acesso em: 22 ago 2016.

YAZBEK, M. C. **Análise da Matriz Teórico Metodológica do Serviço Social no INSS (1995), considerando a política previdenciária, suas determinações sócio-históricas e o projeto hegemônico do Serviço Social.** In: BRAGA, L; CABRAL, M. do S. R. O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Estado e Políticas Sociais.** In: Revista Praia Vermelha, v. 18, n. 1. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.