

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE  
SAÚDE  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Jessica Di Chiara Salgado

A CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS SÓLIDOS PARA TRANSPLANTE NO BRASIL E SUAS  
RELAÇÕES COM O SUS

Orientador: Prof Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro

2009

Jessica Di Chiara Salgado

A CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS SÓLIDOS PARA TRANSPLANTE NO BRASIL E SUAS  
RELAÇÕES COM O SUS

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do grau Técnico de Nível Médio em Saúde integrado ao Ensino Médio com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde.

Orientador: Gustavo Matta

Rio de Janeiro

2009

Jessica Di Chiara Salgado

A CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS SÓLIDOS PARA TRANSPLANTE E SUAS RELAÇÕES  
COM O SUS

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do grau Técnico de Nível Médio em Saúde integrado ao Ensino Médio com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Arlinda Barbosa Moreno. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

---

Daniel Groisman. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

---

Gustavo Corrêa Matta. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

*Dedico este trabalho a  
todos aqueles que esperam por  
órgãos nas filas de transplante  
Brasil afora e àqueles que  
acreditam e lutam por um SUS  
mais equânime e integral.*

## AGRADECIMENTOS

Chegar ao fim de três anos na EPSJV e encerrar um ciclo de uma história ainda incipiente (que é a minha!), mas esforçada e não muito fácil, com uma monografia, não seria possível sem a mão e, às vezes, o corpo todo de certas pessoas ao meu redor. Por isso, agradeço.

Agradeço, antes de tudo, não a Deus, mas sim a minha família, especialmente mãe (Eliane) e pai (Marcos), pois se não fosse o objetivo e vontade deles de deixarem uma herança – única – que ninguém pode nos tirar, não saberia o quão longe posso ir. Muito obrigada por me instigarem sempre ao conhecimento.

A minha maninha, Stephanie, que apesar das muitas brigas pelo uso do computador nesse ano e discussões chatas, é minha verdadeira amiga e sempre esteve do meu lado, em todos os momentos da minha vida. Escrever este trabalho não seria possível sem ela.

A meus tios Jean e Scyla e prima Giulia, que abriram não somente as portas de sua casa para receber a mim e a minha irmã, mas, sobretudo seus corações. Obrigada pelo suporte essencial que vocês me deram e que continuam dando. Obrigada, tia Scyla, por ajudar-me a compor este trabalho. Sem sua ajuda tudo seria muito mais difícil.

A meu namorado e amigo, Adriano, que soube entender minha ausência nesse ano difícil de nossas vidas e que sempre está disposto a conversar e crescer junto comigo. Terminar este trabalho e neste ano só foi possível graças a seu apoio incondicional.

A meus amigos mais próximos, que nunca me abandonaram e que me permitiram rir e esquecer por vezes as obrigações impostas pela escola. Àqueles que acompanharam meu crescimento acadêmico e ajudaram ouvindo apresentações e lendo textos e também àqueles que, mesmo sem ter idéia do quão difícil foi para eu escrever estas páginas abaixo, tornaram minha vida mais feliz.

Ao meu querido e ocupadíssimo orientador, Gustavo Matta, que me suportou praticamente nesses três anos de politécnica (desde o Trabalho de Integração no 1º ano, ao pedido de orientação no 2º e a tão almejada defesa, agora, no 3º) agradeço pela apresentação ao tema e discussões interessantes que me instigaram a investigar de forma mais contundente os serviços de transplante do Brasil.

A Luciana (Lu), a qual possibilitou que minhas orientações fossem mais freqüentes, indicando, muitas vezes, o paradeiro de Gustavo e a que horas seria possível nossa conversa. Muitíssimo obrigado, Lu! Não sei o que seria desta monografia sem você!

A turma 2007 que, assim sem limites, tornou aquelas 9 horinhas de segunda a sexta muito mais agradáveis e divertidas.

Finalmente, a Escola Politécnica, que possibilitou meu crescimento não apenas acadêmico, mas, sobretudo, humano. Hoje percebo o quão imprescindível foi para a minha formação como sujeito passar por aqui. Agradeço a todos que compõem esta escola, do tio da portaria à Isabel Brasil, passando pelos profissionais da limpeza, manutenção e professores e pesquisadores. Muito obrigada, de coração!

*“Não há nada como o sonho para criar o futuro.  
Utopia hoje, carne e osso amanhã.”  
(Victor Hugo)*

## RESUMO

O Brasil é considerado o detentor do maior sistema público de transplante do mundo, apresentando uma organização nacional e descentralizada desde 1998. Por outro lado, apesar dos números e organização legal exemplares, o Sistema Nacional de Transplante não responde as necessidades de transplante da população brasileira. A presente pesquisa tem como objetivo analisar os processos de gestão do sistema de transplante no Brasil, especialmente no que diz respeito à captação de órgãos. Foi realizada uma pesquisa junto à base de dados sobre transplante e também uma análise das políticas de transplante e o SUS numa perspectiva qualitativa e quantitativa. A metodologia adotada esbarrou na ausência de dados produzidos pelo ministério da saúde, bem como nas contradições entre a legislação e efetivação das políticas de transplante e os princípios e diretrizes do SUS. Os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de ampliação e aprofundamento de estudos envolvendo a formulação e monitoramento das políticas de transplante no Brasil, em especial o processo de captação de órgãos, bem como, a existência de conflitos de interesses corporativos, econômicos e políticos na gestão dos transplantes em nosso país.

## LISTA DE TABELAS

Figura 1 – Organização do Sistema de Transplantes no Brasil.....	19
Figura 2 – Fonte: Garcia, Valter Duro (2000).....	22
Figura 3 – Dados Absolutos de Transplantes Realizados: Doador Falecido (Coração e Rim).....	26
Figura 4 – Percentual da Evolução da Remoção de Múltiplos Órgãos RMO.....	27
Figura 5 – Causas da Não-Efetivação por Estado (Analisadas a Partir do Número de Potenciais Doadores ano 2008).....	28
Figura 6 – Evolução da Lista de Espera para Transplante: Números Absolutos.....	28
Figura 7 – Dados Globais da Atividade de Captação de Órgãos por Estado Ano 2008.....	29
Figura 8 – Dados Absolutos de Transplantes Realizados: Doador Vivo e Falecido.....	30
Figura 9 – Dados Absolutos de Transplantes Realizados: Doador Vivo e Falecido (Rim).....	30
Figura 10 – Evolução do número de Potenciais Doadores e Doadores Efetivos – Números Absolutos.....	31
Figura 11 – Ranqueamento dos Centros Transplantadores: o caso de São Paulo.....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
CET	Central Estadual de Transplante
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIHDOT	Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNNCDO	Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
HLA	Compatibilidade Imunogenética
INAMPS	Institutos Nacionais de Assistência Médica da Previdência Social
ME	Morte Encefálica
MS	Ministério da Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
RBT	Registro Brasileiro de Transplante
RMO	Remoção de Múltiplos Órgãos
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 ORIGEM, OPERACIONALIZAÇÃO E PRINCÍPIOS DO SUS.....	13
2.O SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE .....	17
2.1 AS FILAS/LISTAS PARA TRANSPLANTE .....	21
3 ANÁLISE DO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS NO BRASIL .....	25
4 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS .....	37

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende abordar o tema dos transplantes de órgãos sólidos no Brasil a partir da análise de dados e registros com um enfoque na gestão de seus processos, especificamente no que tange à captação. A discussão foi realizada através de análises de natureza qualitativa e quantitativa, utilizando-se dados disponíveis no Registro Brasileiro de Transplante referente à produtividade, distribuição por unidades federativas e números absolutos de indicadores disponíveis, bem como a análise dos princípios e sentidos das políticas de saúde no Brasil, em especial a política nacional de transplantes. Portanto, objetivo da presente pesquisa é investigar o processo de gestão da captação e distribuição de órgãos sólidos para transplante no SUS a partir da análise da implementação do Sistema Nacional de Transplantes no país, e assim, apontar os principais impasses para a captação de órgãos no Brasil. Como esta é uma política pública de saúde, é necessário que se contextualize e apresente o sistema no qual os transplantes estão inseridos.

No capítulo 1, **Origem, Operacionalização e Princípios do SUS**, é apresentado, de forma sucinta, como se deu a construção do Sistema Público de Saúde brasileiro, bem como os princípios e diretrizes que norteiam sua ação. Isto porque, como a política nacional de transplantes utiliza-se majoritariamente do SUS para implementar suas propostas, entender como este funciona e sua proposta ideológica nos permite observar os pontos de convergência e divergência entre os transplantes e a rede pública de saúde.

No capítulo 2, **O Sistema Nacional de Transplantes**, expõe-se a organização dos transplantes de órgãos e tecidos no Brasil a partir de promulgada a Lei nº 9.434/98 que regula toda a rede assistencial através de autorizações de funcionamento de equipes e instituições. Toda política de transplante pretende estar em sintonia com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regem o funcionamento do SUS, à medida que ratificam os princípios e diretrizes deste. Nele consta a organização político-institucional do sistema bem como um tópico sobre as listas de espera para transplante, a qual demonstra a demanda por estes procedimentos e conseqüente escassez de recursos, visto que estas crescem progressivamente.

Já no capítulo 3, **Análise do processo de Captação de Órgãos no Brasil**, a partir de dados disponíveis no Registro Brasileiro de Transplantes, analisados num período de cinco anos – do ano de 2003 a 2008 –, pode-se averiguar o crescimento, de um modo geral dos transplantes em números absolutos. Contudo, ao relativizarmos os dados levantados, abre-se espaço para se apontar possíveis falhas na gestão dos processos de captação e abrir para discussão, de forma mais crítica, o tema dos transplantes.

Por fim, cabe ressaltar a ausência de produção acadêmica sobre discussões mais contundentes sobre a política de transplante e SUS, bem como abordagens da gestão dos processos envolvidos neste procedimento, o qual restringiu significativamente os rumos da presente pesquisa. Encontramos muitas publicações sobre as questões clínicas e relatos médicos sobre a terapêutica. Tencionar as relações políticas, econômicas e sociais que compõem a esfera do transplante em um país que se utiliza, muitas vezes, deste procedimento como vitrine de desenvolvimento e qualidade em saúde, significa construir e melhorar, coletivamente, este serviço que, por ser tão especializado, muitas vezes segrega e concentra suas ações de forma a naturalizar seus avanços e retrocessos.

## 1.1 ORIGEM, OPERACIONALIZAÇÃO E PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde brasileiro, influenciado por ideais reformistas do Movimento Sanitário, conquistado pelos cidadãos através de movimentos sociais e políticos no contexto da redemocratização vivida no Brasil a partir de 1985 com o fim de duas décadas de ditadura militar.

O Movimento da Reforma Sanitária tem por ideal a universalização e garantia de acesso de qualidade ao conjunto articulado de ações e serviços de saúde a qualquer cidadão, sem restrições por segmentação setorial, tipo de contribuição, cor ou classe social. Pensado por intelectuais que questionavam sua conjuntura político-social e lutavam por uma sociedade de direitos, o movimento ganhou destaque pelo pluralismo de suas vozes, incorporando movimentos sociais e amplo leque de partidos na luta, fossem eles de esquerda, centro, direita humanista. Era preciso pôr fim à dicotomia existente até então, onde a medicina curativa não era prestada plenamente pelo Estado, ficando por conta de Santas Casas (filantropia) e de contribuições à Previdência Social (Institutos Nacionais de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS), assim, de responsabilidade dos próprios cidadãos que tinham contratos formais com as empresas onde trabalhavam ou por instituições religiosas, sendo renegada a maior parte da população uma assistência de qualidade à saúde. Cabia ao Estado apenas organizar políticas públicas de controle de endemias, taxas de mortalidade e saneamento básico. (RADIS, 72).

Em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, as questões levantadas pelo movimento da reforma ganharam forma em seu relatório final, com a proposta de um novo sistema de saúde, público e integral. Conferência essa, pioneira, pois pela primeira vez contava-se com participação de setores populares, gestores e profissionais da saúde, além de respectivos delegados. Seu relatório serviu como base no que corresponde à Saúde no sistema de Seguridade Social, do qual fazem parte também Assistência e Previdência, na Constituição de 1988 e com isso, para a instituição do SUS.

Realização concreta de um processo de luta social, com sua instituição, assumiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Com universalização e garantia de um acesso integral a um conjunto articulado de ações e serviços de saúde pretende-se dizer que esse sistema tem por objetivo promover, proteger e assistir qualquer tipo de cidadão existente em território nacional, incluindo todos os níveis de complexidade da atenção (da vacina ao transplante), estando vulnerável à demanda da sociedade.

O SUS tem seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90), com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação da Comunidade são conhecidos também como princípios ideológicos ou doutrinários, pois o arcabouço teórico de sustentação do que se espera por um sistema público de saúde está aí expresso. As diretrizes da Descentralização, Regionalização e Hierarquização são referidas também como princípios organizacionais, porque dão o norte da prática tanto da gestão quanto do cuidado em saúde; é o meio pelo qual os princípios doutrinários se realizam.

Cabe, aqui, detalhar os princípios e diretrizes do SUS de forma mais sistemática:

#### PRINCÍPIOS:

- I) Universalidade da atenção – acesso garantido a todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, em todos os níveis de complexidade (princípio fundamental da reforma);
- II) Integralidade da atenção – garantia de acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, devendo ao sistema de saúde proporcionar ao indivíduo ou a coletividade, as condições de atendimento, de acordo com suas necessidades (unidade do sistema);
- III) Equidade da atenção – garantir ao indivíduo ou a coletividade as condições de atendimento de acordo com suas necessidades, levando-se em conta as disparidades sociais, econômicas e regionais de um país como o Brasil;
- IV) Participação da Comunidade - garantia constitucional que a população, por meio das entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução (capacidade de articular movimento social no contexto da saúde). (MATTA, 2007).

#### DIRETRIZES:

- I) Descentralização, com direção única do sistema com o propósito de promover uma maior democratização do processo decisório na saúde (enfrentamento das desigualdades regionais), com redistribuição das responsabilidades entre instâncias governamentais – União, estados e municípios –, o que possibilita à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas;

II) Regionalização e Hierarquização: Diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, afim de nortear as ações e serviços de saúde de uma região.

Contemporaneamente à Constituição, inúmeras emendas constitucionais foram – e são – feitas, bem como normatizações complementares à legislação principal. Um tipo específico foram as Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As NOBs foram resultado do processo de descentralização da saúde como forma de operacionalização dessa diretriz. Entendendo a conjuntura política das décadas de 80 e 90 podemos dizer que a consolidação da democracia no Brasil, ao mesmo tempo em que ampliou direitos sociais e gerou uma nova institucionalidade democrática, foi simultânea a um processo de redução do papel do Estado e da sua capacidade de investimentos e redistribuição. Essa tensão está presente até os dias atuais, duas décadas depois de promulgada a Constituição, que já foi emendada mais de 40 vezes, buscando adequar os preceitos constitucionais à nova realidade de uma economia globalizada e de redução das funções do Estado (Fleury, 2006). É nesse cenário que são formuladas as NOBs, uma legislação consonante com a Constituição, onde o agrupamento de várias portarias ministeriais deu origem a seu texto.

A partir da descentralização político-administrativa foi preciso criar/estabelecer espaços de pactuação entre as esferas de governo estadual e municipal, pois foi alocada à última uma parcela muito grande de autonomia, gerando impasses políticos entre municípios e estados. A CIB (Comissão Intergestores Bipartite) então foi pensada como instância estratégica no período de transição, enquanto estados e municípios não atingissem à condição de desconcentração plena do sistema de saúde. A partir do seu surgimento, e com o seu progressivo fortalecimento nos estados, uma série de decisões passam a necessitar cada vez mais da apreciação e aprovação na CIB para serem implementadas. De tal forma que, hoje, praticamente todas as questões que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura gestora do SUS e à estruturação e funcionamento do sistema de saúde propagado pelo nível federal e/ou estadual são discutidas na CIB, tendo impacto direto na gestão do sistema municipal, estimulando um processo de formulação e decisão mais transparente e cooperativo.

Já a CIT (Comissão Intergestores Tripartite), instância de articulação e pactuação na esfera federal, atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores das três esferas de governo – União, estados e municípios. A representação dos estados e municípios é regional,

indicada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) além de membros indicados pelo Ministério da Saúde. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

Como tentativa de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, portarias e demais leis vêm sendo criadas desde a implementação do serviço no Brasil. Assim como as NOBs, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde 2006 – subdividido em três esferas: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do SUS –, posteriormente unificados pela portaria nº91 / GM de 10 de Janeiro de 2007 são frutos dessa política.

As NOAS tratam da ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, reafirmam o estabelecimento do processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema de Saúde, além de atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios.

O Pacto pela Saúde é um ensaio de superação à fragmentação das políticas e programas de saúde, a partir da qualificação da gestão e devido reconhecimento da autonomia dos entes federados. Seus desafios são promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, a fim de alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população. Seus temas estruturantes são Atenção Básica, Regionalização e Hierarquização e Financiamento.

Cabe ressaltar o tempo já percorrido desde a Constituição de 1988 e a quantidade de reajustes de legislação para instituir o processo (Emendas Constitucionais, NOBs, NOAS, Pactos, entre outras). Para além da conquista formal é necessária a conquista efetiva, que viabiliza a produção da saúde como prática de pleno cuidado.

## 2 O SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE

A política nacional de transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação (Lei nº 9.434/97 e Lei nº 10.211/01), que torna obrigatória a gratuidade da doação, estabelece garantias e direitos aos usuários que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial através de autorizações de funcionamento de equipes e instituições. Toda política transplante pretende estar em sintonia com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regem o funcionamento do SUS, à medida que ratificam princípios e diretrizes do mesmo no que tange ao acesso e à gestão de seus serviços.

Influenciada por políticas de saúde estabelecidas em território brasileiro com a constituição de 1988, a Lei nº 9.434 determinou que a doação de órgãos e partes do corpo, em vida ou post mortem deve ser, obrigatoriamente, gratuita e que todos os cidadãos, necessitando de, têm direito a inscrever-se na lista de espera para transplante, bastando a realização periódica de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 10.211).

Para a realização de transplante de doador-cadáver, a retirada do tecido deve ser precedida de diagnóstico de Morte Encefálica (ME) conforme critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e também presentes na lei nº 9.434/97, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, sendo um necessariamente neurologista, mediante a utilização de critérios clínicos e gráficos, como o Eletroencefalograma e o Doppler. Estes devem demonstrar de forma inequívoca a ausência de atividade encefálica ou ausência de atividade metabólica cerebral, ou ainda, ausência de perfusão sanguínea cerebral, o que significa dizer que aquele órgão não está mais com sangue circulando em seu interior. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de ME, segundo o CFM, são: “coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia” (nível 3 na escala de Glasgow, associado à ausência de atividade reflexa a nível de tronco encefálico. Unifesp, 2009). Tudo isso para tornar incontestável a afirmação de que aquele ser humano está sem nenhum tipo de atividade encefálica, de fato, morto clinicamente e tornar viável a doação em morte.

Considerando o ônus psicológico familiar causado pelo prolongamento da manutenção artificial do doador-cadáver, que legalmente deve-se interromper o uso de recursos para manter artificialmente humanos em ME e que quanto maior for o tempo de espera para retirada do enxerto, maior é a probabilidade do mesmo ser afetado, há necessidade de que todo o processo envolvendo transplante de doador-cadáver seja ágil. Depois de verificada a

ME no potencial doador, características pessoais são recolhidas como peso, idade, condição hemodinâmica, características de manutenção (utilização de drogas, quadro clínico) etc., com a finalidade de verificar a viabilidade dos órgãos para doação.

Há grande limitação ao transplante com doador-cadáver, pois apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem pode converter-se em doadores de órgãos devido à necessidade de comprovação clínica de ME e condições de manutenção adequada do corpo. Estima-se que somente de 1% a 4% das pessoas que morrem em hospital e de 10% a 15% daquelas que morrem em unidades de cuidados intensivos apresentam o quadro de morte encefálica, sendo, portanto, potenciais doadores. (GARCIA, 2006).

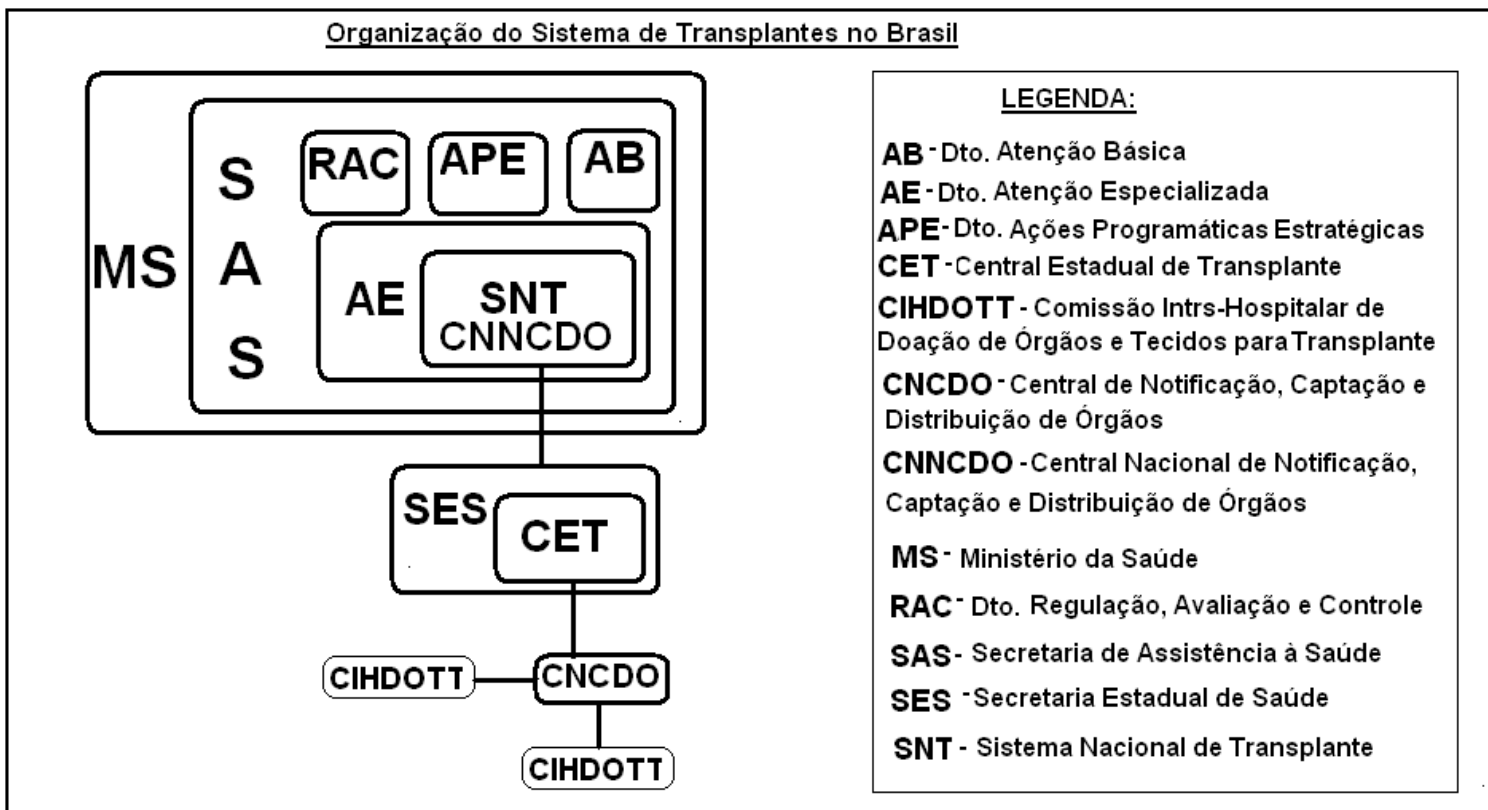
O SUS é comprometido com o financiamento das atividades de transplante antes, durante e após a cirurgia, garantindo acompanhamento médico e distribuindo medicamentos imunossupressores para todos os usuários e por todo o período pós-transplante, que são de grande importância para uma maior vida útil e de qualidade do enxerto. No entanto, a política de transplantes não prevê acompanhamento psicossocial do receptor pós-transplante, o qual é de fundamental importância no período de adaptação às novas condições impostas pela cirurgia. Hábitos alimentares, sociais e de trabalho necessitam de ajustes para que a terapêutica propicie uma vida diferente e de melhor qualidade. Infelizmente, o foco do cuidado em saúde no Brasil e no mundo, grosso modo, ainda é a cura pela medicação dura, impessoal, biológica e quimicamente comprovada como eficaz. (MATTA, 2004).

A realização de transplante ou enxertos do corpo humano só pode ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados. Todas as ações nessa área são coordenadas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que:

“Tem como prioridade evidenciar todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando à confiabilidade do Sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro”. (BRASIL, 2009).

O Brasil hoje possui um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas pelo SNT a realizar transplante, o Sistema Nacional de Transplantes está presente, através das Centrais Estaduais de Transplantes (CNCDO's), em 25 estados da federação. (Dados disponíveis em: <http://saude.gov.br/transplantes>).

A fim de melhor elucidar o Sistema de Transplante brasileiro, a figura abaixo ilustra sua organização político-institucional:



Fonte: Criação da própria autora

**Figura 1 – Organização do Sistema de Transplantes no Brasil**

O Ministério da Saúde é o órgão federal que orienta e regula todas as ações de saúde no Brasil. Dentro de seu ministério, há várias secretarias; uma delas é a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). A SAS é formada pelos departamentos de Atenção Especializada; de Regulação, Avaliação e Controle; de Atenção Básica e; de Ações Programáticas Estratégicas. Através desses quatro departamentos, uma das principais ações da Secretaria é participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, observando aos princípios do SUS. É através da SAS que o financiamento para as ações de saúde é distribuído.

O SNT é um de seus ramos (está incluído em políticas de atenção especializada), cuja função é gerenciar a lista de espera a nível nacional e evidenciar as ações no campo da política de doação-transplante. Atendendo ao princípio da Hierarquização e Descentralização, subdivide-se em: Sistema Estadual de Transplante (SET); Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e por fim, em Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs).

O SET coordena, supervisiona e avalia o componente estadual do SNT e gerencia o processo de doação-transplante de órgãos e tecidos, bem como a lista de receptores através das CNCDOs. Assim como o SNT é um braço da SAS, que pertence ao Ministério da Saúde,

o SET é um braço da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Atendendo ao princípio da descentralização, tem autonomia na gestão da esfera estadual do transplante.

As CNCDOs são vinculadas hierarquicamente ao SET. Cabe às mesmas promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias; receber notificação de Morte Encefálica e retirar as partes para transplante ocorridas em sua área de atuação. Estas listas regionais pertencem a uma lista nacional, que é controlada pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO) via SNT. A questão das listas para transplantes será tratada posteriormente, necessitando de aprofundamento e discussão mais elaborada, pois a eficiência ou não da captação, segundo Marinho (2006), se expressa de forma contundente nas listas de espera para transplantes no Brasil.

Cabe às CIHDOTTs articular-se com a CNCDO de sua área, notificando as situações de possíveis doadores, promovendo devida manutenção do corpo e disponibilizando os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital. Atribui-se também às Comissões a garantia de uma adequada abordagem à família para solicitação da doação bem como a promoção de educação continuada de todos os profissionais da organização para compreensão do processo de doação.

Pela lei, todo hospital que apresenta Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) necessita de uma Comissão Intra-Hospitalar de Transplante para que esta possa funcionar. Sendo composta por no mínimo três profissionais de nível superior como psicólogos, assistentes sociais, médicos e/ou enfermeiros, deve ter espaço próprio, arquivos e registros, reuniões e metas a cumprir. Porém não há deslocamento de suas funções previsto em lei para os profissionais os quais compõem as equipes. E essa questão pode ser um ponto crucial para eficiência ou não da mesma, pois muitos profissionais na área do cuidado em saúde trabalham com múltiplas jornadas, em lugares distintos, seja por razões pessoais, profissionais ou de outra ordem, prejudicando, assim, a eficiência dessas Comissões. Um dos componentes da Comissão é o coordenador intra-hospitalar de transplantes, que deve obrigatoriamente ser um médico ou um enfermeiro. A Portaria nº12.612 de 16 de junho de 2006 trata dos objetivos e missões deste coordenador, já citadas acima.

A partir da efetiva organização das CIHDOTTs, as Centrais estaduais podem desempenhar a função que lhes cabe de captação e distribuição de órgãos e/ou tecidos, antes sobrecarregada com a necessidade de realizar grande parte do processo de manutenção, solicitação, captação e distribuição dos órgãos para transplante.

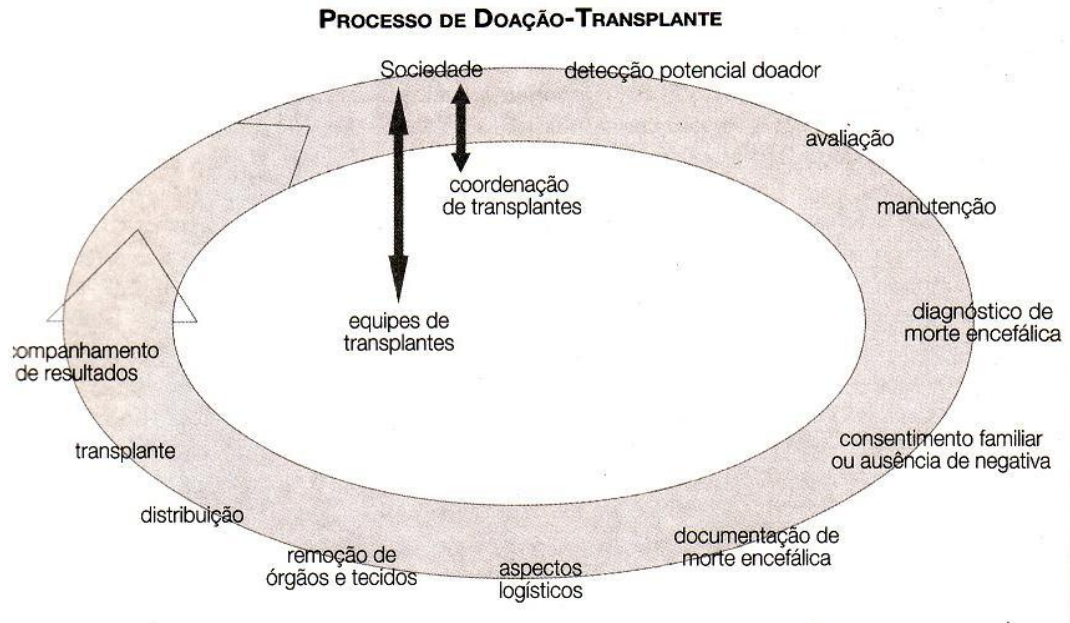
## 2.1 LISTAS/ FILAS PARA TRANSPLANTE

Como apresentado anteriormente, o SUS é um sistema que visa à capacidade de garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população sem nenhum tipo de distinção ou privilégios por parte dos usuários. Nesse sentido, “as filas são um resultado dos descompassos entre a demanda e a oferta, quando o sistema de preços não é o mecanismo determinante da produção e do consumo dos bens e produtos em saúde” (MARINHO, 2006).

Essa demora no atendimento exerce impactos significativos sobre o bem-estar, as probabilidades de cura, a natureza e extensão das seqüelas nos usuários, nos familiares envolvidos e na sociedade. Tal demora apresenta-se significativamente nas filas de espera para transplante no Brasil, onde o tempo para transplante varia de 11,1 anos para rim<sup>1</sup> e 1,6 ano para coração (MARINHO, 2006). Valter Duro Garcia, em Por uma política de transplantes no Brasil, afirma que “o processo doação-transplante tem início e término com a sociedade, a qual fornece os órgãos e deles se beneficia”. Dessa forma, é necessário que todo o processo seja desempenhado da melhor forma possível pelo Sistema de Saúde, pois os reflexos sobre um bom ou mau desempenho na gestão dos processos atingem diretamente aos cidadãos. Veja aqui o esquema deste processo, retirado do Capítulo I do livro em destaque.

---

<sup>1</sup> Atualmente, devido aos critérios utilizados, considera-se mais adequado utilizar-se o termo lista de espera para transplantes e não fila, pois para melhor aproveitamento do enxerto os usuários são chamados conforme maior compatibilidade imunogenética (HLA). Nesse sentido, há uma lista para transplante renal. Mas, mesmo que não possamos gerar um cálculo estimado sobre o tempo de espera, visto que este não é o critério principal para o transplante, o número de transplantes realizados é demasiadamente insatisfatório para a demanda conforme dados fornecidos pelo RBT.



**Figura 2 – Fonte: Garcia, Valter Duro (2000).**

No Brasil, os candidatos a transplante de órgãos devem inscrever-se na Lista Única, a qual há uma para cada órgão. A inscrição na lista para transplante é realizada pelo hospital transplantador na CNCDO de sua região. No caso dos usuários em diálise, a inscrição pode ser feita através da equipe médica de seu Centro de Diálise.

A lista única para transplantes obedece a critérios cronológicos, morfológicos, imunológicos e de gravidade. Os candidatos são escolhidos através de programa informatizado que indica os receptores mais adequados, segundo critérios previamente definidos, e esta condição é automática. Todos estes critérios são contemplados no sistema, presente em todas as centrais estaduais, o qual gera um ranking dos receptores automaticamente. As várias listas regionais compõem a lista estadual; estas, por sua vez, geram uma lista nacional que é supervisionada pela CNNCDO, via SNT. (BRASIL, Portaria nº 3.407).

De acordo com a Portaria nº 3.407 de 05 de agosto de 1998, o sistema de lista única é constituído por um conjunto de critérios de distribuição para cada tipo de órgão ou tecido, selecionando assim, o receptor mais adequado. A seleção de candidatos para a distribuição dos enxertos deve ser feita de acordo com critérios mínimos estabelecidos em lei, como os critérios excludentes e de classificação, seguindo-se as especificidades de cada órgão ou tecido. Os critérios excludentes são: amostra do soro do receptor fora do prazo de validade e incompatibilidade sanguínea entre o doador e receptor, em relação ao sistema ABO. Já os de classificação dizem respeito à compatibilidade HLA, idade do receptor, tempo de inscrição na lista única e, por fim, em indicação de transplante combinado de rim e pâncreas.

Em casos de urgência, que se configuram pelo risco de morte do receptor caso o transplante não seja realizado rapidamente, tais candidatos têm prioridade na lista regional em detrimento dos demais. Se em sua região não houver oferta de órgãos e dependendo do grau de urgência as listas estaduais e a nacional, em última instância, são acionadas também. Os critérios para casos de urgência são definidos pelo Ministério da Saúde, segundo cada órgão. (BRASIL, Portaria nº 3.407).

Segundo Garcia, estima-se que anualmente, em todo o mundo, em torno de 500.000 indivíduos desenvolvam insuficiência renal crônica, 300.000 insuficiência cardíaca e 200.000 insuficiência hepática, provocando uma demanda, apenas destes órgãos, se todas as pessoas tivessem acesso a um tratamento, de um milhão de transplantes por ano. (GARCIA, 2006, p. 313).

A característica principal do transplante, que o distingue de demais cirurgias e intervenções terapêuticas, e que pode ser visto como uma desvantagem, é a necessidade da utilização de um órgão ou tecido proveniente de um doador, vivo ou falecido. E, na grande maioria dos transplantes, com exceção de alguns transplantes renais, hepáticos e de casos excepcionais de transplante pulmonar e pancreático, os órgãos são obtidos de doadores-cadáveres. E é neste ponto que incide a problemática das filas para transplante, pois é necessário que haja recursos disponíveis para atender a demanda. Contudo, a demanda é muito superior à oferta de recursos disponíveis, resultando no desenvolvimento das filas de espera para transplante, pois há uma escassez de recursos (RIBEIRO, 2006).

Ribeiro, em Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização, afirma que o problema da escassez de recursos nos transplantes – referentes à obtenção de órgãos e à estrutura necessária para a realização dos mesmos – não é uma questão que assola apenas sociedades ditas em desenvolvimento, como o Brasil, mas também as ditas desenvolvidas. Embora esta escassez seja mais aguda nos primeiros, onde reconhecidamente os recursos para implementação de uma atividade adequada de transplantes são menores. (RIBEIRO, 2006).

Marinho, em seu artigo diz que: “(...) o maior gargalo para redução dos tempos de espera reside nos problemas para captação e para o aproveitamento dos órgãos” (MARINHO, 2006, p. 2230), mas não dá maiores informações acerca do tema.

Contudo, o número total de usuários na fila em abril de 2004 era de 59.167; Em 2003 estavam credenciados 449 estabelecimentos de saúde e 1.033 equipes especializadas para a realização de transplante, enquanto que atualmente existem 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas pelo SNT a realizar transplante (Brasil, 2009). As

informações fornecidas pelo Registro Brasileiro de Transplantes indicam um leve aumento de 1,31% de abril de 2004 a julho de 2009, visto que só no primeiro semestre de 2009 houve um aumento de mais de 20% na taxa de doadores efetivos, indicativo de melhoria na captação e transplantes realizados, em relação ao ano de 2008. Mas esse aumento, se comparado com a oferta de órgãos hoje para transplante, levando-se em conta o processo de familiarização da população com o tema ao longo de dez anos de instituição da lei nº 9.434 e o aumento de 33,2% de equipes especializadas para a realização do procedimento, apontaria para uma dificuldade na gestão dos processos de doação-transplante, principalmente no que tange à captação de órgãos.

Cabe aqui ressaltar que todos os dados sobre transplantes analisados nesta pesquisa não foram recolhidos pelo sistema de informações do SUS, mas sim pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), que é uma associação de médicos especialistas em transplante de órgãos. Sendo assim, foram analisados os anos de 2004 a 2009, período disponibilizado pela ABTO em seu site.

### 3 ANÁLISE DO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS NO BRASIL

Segundo estimativas do IBGE, a população brasileira cresceu 10,1 milhões no período de 01/2004 a 09/2009. (IBGE, 2009). Com o crescimento populacional, a demanda por serviços de saúde aumenta também, em todos os níveis da atenção, exigindo do Estado políticas que dêem conta da demanda atual. Mas também, segundo dados do Sistema de Informações de Saúde (SIS, 2009), o número de óbitos por causas externas no Brasil, conseqüência, sobretudo do aumento da violência, de 2004 a 2008, passou de 127.470 para 131.032 óbitos, concentrando-se na faixa etária de 20 a 29 anos. Esse aumento do número de acidentes envolvendo jovens, através de armas de fogo, acidentes no trânsito ou outros fatores externos, poderia vir a aumentar o número de possíveis doadores de múltiplos órgãos, atentando a diferença entre uma morte inesperada e outra em um paciente portador de uma doença crônica.

A seguir, algumas informações divulgadas sobre o ano de 2008 nos transplantes pelo RBT e outras tabelas elaboradas a partir de dados contidos no Registro também, serviram de base para a análise e discussão sobre a situação atual da captação de órgãos no Brasil.

Os dados apresentados pelo RBT sobre Remoção de Múltiplos Órgãos (RMO), a princípio, são bastante satisfatórios, chegando, em 2008, a 81% dos doadores efetivos. Para que se configure doação de múltiplos órgãos, basta que se retire mais de um órgão sólido do doador. Isto significa dizer que quando, por exemplo, retiram-se os rins (2) de um doador e o fígado, que são os órgãos sólidos que suportam maior tempo em isquemia fria e condições hemodinâmicas menos estáveis, isto é considerado como uma RMO (é o rim mais um órgão sólido no mínimo). Contudo, este número é relativo, visto que o sistema de transplante informa o total de órgãos retirados e, aqueles que necessitam de maior agilidade no diagnóstico e retirada, pois são mais suscetíveis a instabilidades hemodinâmicas (órgãos torácicos como o coração e o pulmão), apresentam discrepâncias no comparativo entre a oferta destes quando comparados com a oferta de rins, por exemplo.

<b>Figura 3 - Dados Absolutos de Transplantes Realizados: Doador Falecido (Coração e Rim)</b>		
<b>Ano</b>	<b>Coração</b>	<b>Rim</b>
<b>2003</b>	<b>175</b>	<b>1.342</b>
<b>2004</b>	<b>204</b>	<b>1.728</b>
<b>2005</b>	<b>196</b>	<b>1.594</b>
<b>2006</b>	<b>139</b>	<b>1.513</b>
<b>2007</b>	<b>136</b>	<b>1.730</b>
<b>2008</b>	<b>200</b>	<b>2.033</b>
<b>Total</b>	<b>1.500</b>	<b>9.940</b>

Um doador de múltiplos órgãos pleno ou ideal é aquele em que há a retirada do coração, órgão mais frágil e sensível a instabilidades hemodinâmicas e de outros quadros clínicos, pois, a partir da retirada deste, a probabilidade de retirada de todos os outros órgãos para transplante é muito grande. A retirada do coração significa dizer que o todo processo de captação foi eficaz e ágil, desde a notificação à retirada das partes para transplante, pois o tempo, no transplante, é um dos fatores mais determinantes para a não-efetivação da RMO e da doação.

Comparando-se, na tabela 1, o número de transplantes realizados entre os órgãos Rim e Coração, no ano de 2008, percebe-se a discrepância de 1.833 transplantes a mais para rins em detrimento do coração, visto que foram realizados 2.033 transplantes renais e apenas 200 de coração. Considerando-se hipoteticamente, visto que questões clínicas e de outras razões impedem que isto seja verdade – tanto é que o número de transplantes renais realizados é impar em 2008 (2.033) – que de cada doador-caváver aproveite-se os dois rins, podemos dizer que houve, grosso modo, pelo menos, 1.016 constatações de ME e captações neste período. Atentando para o número de transplantes de coração realizados no mesmo período (2008), que foi de apenas 200, pode-se notar a enorme diferença de mais cinco vezes o número de órgãos disponíveis para pessoas com problemas renais em detrimento daquelas que esperam por um coração. Ou seja, o quantitativo de RMO ideal é muito pequeno, visto que sua importância é reduzir o tempo de espera para transplantes e atender de forma mais satisfatória a demanda do serviço. Aumentar o número de RMO plena, como estamos nomeando, àquela em que ocorre a retirada do coração, significa reduzir significativamente a espera por órgãos como coração e pulmão, visto que a taxa de mortalidade na espera por este tipo de transplante é muito alta em decorrência da gravidade das enfermidades apresentadas pelos usuários que recorrem esta terapêutica.

E, significa também, melhorar significativamente o desempenho e efetividade do processo de captação de órgãos, que pode ser evidenciado a partir do aumento de doadores efetivos por milhão/ano.

<b>Figura 4 - Percentual da Evolução da Remoção de Múltiplos Órgãos</b>						
<b>Ano</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>%</b>	<b>-</b>	<b>68,51</b>	<b>78,3</b>	<b>80,1</b>	<b>75</b>	<b>81</b>

Fonte: ABTO, RBT.

Contudo, mesmo considerando-se o percentual de RMO como grande, como exposto na tabela acima (TABELA 2), o número de não-doadores é alarmante; 78% dos potenciais doadores não se tornam doadores efetivos, e o principal motivo aparentemente não é a negativa familiar, pois esta, segundo o levantamento de dados, não é maior que as intercorrências clínicas e de gestão, como contra-indicações médicas, paradas cardiorrespiratórias, infra-estrutura e outros. (TABELA 3).

## CAUSAS DA NÃO-EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO POR ESTADO

### Analisadas a Partir do Número de Potenciais Doadores – Ano 2008

ESTADO	POTENCIAL DOADOR	N.A.F.		C.I.M.		P.C.R.		M.E. - N.C.		I. I.		OUTROS	
	N°	N°	%	N°	%			N°	%	N°	%	N°	%
<b>Alagoas</b>	35	15	42,9	8	22,9	2	5,7	3	0,0	0	0,0	3	8,6
<b>Bahia</b>	329	94	28,6	35	10,6	19	5,8	134	40,7	0	0,0	0	0,0
<b>Ceará</b>	237	55	23,2	56	23,6	27	11,4	10	4,2	0	0,0	6	2,5
<b>Dist. Federal</b>	188	19	10,1	61	32,4	9	4,8	79	42,0	0	0,0	0	0,0
<b>Espírito Santo</b>	137	41	29,9	63	46,0	1	0,7	3	2,2	1	0,7	0	0,0
<b>Goiás</b>	189	44	23,3	84	44,4	41	21,7	0	0,0	4	2,1	2	1,1
<b>Maranhão</b>	62	34	54,8	0	0,0	9	14,5	0	0,0	0	0,0	9	14,5
<b>Mato Grosso</b>	57	15	26,3	24	42,1	3	5,3	7	12,3	1	1,8	3	5,3
<b>M. Grosso Sul</b>	50	13	26,0	18	36,0	7	14,0	1	2,0	0	0,0	2	4,0
<b>Minas Gerais</b>	478	90	18,8	93	19,5	114	23,8	9	1,9	0	0,0	19	4,0
<b>Pará</b>	102	38	37,3	25	24,5	23	22,5	7	6,9	0	0,0	0	0,0
<b>Paraíba</b>	88	25	28,4	14	15,9	32	36,4	3	3,4	0	0,0	7	8,0
<b>Paraná</b>	326	105	32,2	93	28,5	8	2,5	0	0,0	0	0,0	54	16,6
<b>Pernambuco</b>	274	59	21,5	52	19,0	17	6,2	83	30,3	1	0,4	3	1,1
<b>Piauí</b>	15	8	53,3	6	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Rio de Janeiro</b>	421	114	27,1	105	24,9	94	22,3	20	4,8	0	0,0	17	4,0
<b>Rio G. do Norte</b>	73	18	24,7	21	28,8	4,5	16	21,9	1	1,4	0	0,0	0,0
<b>Rio G. do Sul</b>	354	96	27,1	38	10,7	88	24,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Sta. Catarina</b>	244	70	28,7	13	5,3	52	21,3	6	2,5	1	0,4	4	1,6
<b>São Paulo</b>	2307	371	16,1	27	1,2	859	37,2	0	0,0	0	0,0	564	24,4
<b>Sergipe</b>	26	5	19,2	3	11,5	7	26,9	8	30,8	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>5992</b>	<b>1329</b>	<b>22,2</b>	<b>839</b>	<b>14,0</b>	<b>1416</b>	<b>23,6</b>	<b>389</b>	<b>6,5</b>	<b>9</b>	<b>0,2</b>	<b>693</b>	<b>11,6</b>

N.A.F. = Não Autorização Familiar  
M.E. - N.C. = Morte Encefálica Não Confirmada  
I.I. = Infraestrutura Inadequada  
C.I.M. = Contra-Indicação Médica  
P.C.R. = Parada Cardiorespiratória

Figura 5 – Fonte: ABTO, 2008.

Figura 6 - Evolução da Lista de Espera para Transplante - Números Absolutos						
	Coração	Fígado	Pulmão	Pâncreas	Pâncreas/Rim	Rim
<b>2003</b>	<b>228</b>	<b>4.941</b>	<b>90</b>	<b>178</b>	<b>353</b>	<b>30.126</b>
<b>2004</b>	<b>275</b>	<b>6.283</b>	<b>108</b>	<b>209</b>	<b>390</b>	<b>32.668</b>
<b>2005</b>	<b>336</b>	<b>7.041</b>	<b>109</b>	<b>221</b>	<b>388</b>	<b>31.973</b>
<b>2006</b>	<b>353</b>	<b>7.102</b>	<b>127</b>	<b>357</b>	<b>265</b>	<b>33.209</b>
<b>2007</b>	<b>313</b>	<b>6.452</b>	<b>136</b>	<b>183</b>	<b>557</b>	<b>34.108</b>
<b>2008</b>	<b>381</b>	<b>6.505</b>	<b>158</b>	<b>158</b>	<b>547</b>	<b>34.789</b>
<b>Total</b>	<b>1.886</b>	<b>38.324</b>	<b>728</b>	<b>1.306</b>	<b>2.500</b>	<b>196.873</b>

Fonte: ABTO, RBT

Portanto, mesmo sendo alta a taxa de retirada de múltiplos órgãos, esta, se comparada com a taxa de não-efetivação da doação, não supre a demanda por transplantes em nosso país. Constatamos este fato olhando retrospectivamente para o aumento do número absoluto de

RMO e de recursos disponíveis para realização de transplantes com o concomitantemente aumento de indivíduos em filas de espera. (TABELAS, 4 e 2). Ou seja, o número de transplantes com doador-cadáver não é sustentável e sua distribuição é desigual nas regiões e estados do país, tal como observado na Tabela 5. Isto revela tão somente as disparidades sócio-regionais e o tipo de modelo político e econômico adotado pelo país em certo período de sua história, desenvolvimentista, concentrado na região Centro-Sul, e que afeta as relações de produção na saúde e em outros setores até os dias atuais, como uma herança que deixa suas marcas nas relações políticas, econômicas e sociais, que se reflete nas disparidades culturais, de formação, de infra-estrutura e outros. (PAIM, 2007)

## DADOS GLOBAIS DA ATIVIDADE DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS POR ESTADO ANO 2008

ESTADO	POTENCIAIS DOADORES		NÃO-DOADORES		DOADORES EFETIVOS			R.M.O.	
	N°	pmp/ano	N°	%	N°	pmp/ano	%	N°	%
<b>Alagoas</b>	35	11,6	31	88,6	4	1,3	11,4	4	100,0
<b>Bahia</b>	329	23,8	282	85,7	47	3,4	14,3	46	97,9
<b>Ceará</b>	237	29,3	154	65,0	83	10,3	35,0	59	71,1
<b>Distr. Federal</b>	188	80,6	168	89,4	20	8,6	10,6	7	35,0
<b>Espírito Santo</b>	137	40,2	109	79,6	28	8,2	20,4	21	75,0
<b>Goiás</b>	189	33,6	175	92,6	14	2,5	7,4	2	14,3
<b>Maranhão</b>	62	10,2	52	83,9	10	1,6	16,1	6	60,0
<b>Mato Grosso</b>	57	20,3	53	93,0	4	1,4	7,0	2	50,0
<b>M. Grosso Sul</b>	50	22,1	41	82,0	9	4,0	18,0	0	0,0
<b>Minas Gerais</b>	478	24,8	325	68,0	153	8,0	32,0	106	69,3
<b>Pará</b>	102	14,6	93	91,2	9	1,3	8,8	7	77,8
<b>Paraíba</b>	88	24,5	81	92,0	7	1,9	8,0	7	100,0
<b>Paraná</b>	326	31,8	260	79,8	66	6,4	20,2	60	90,9
<b>Pernambuco</b>	274	32,6	215	78,5	59	7,0	21,5	50	84,7
<b>Piauí</b>	15	5,0	14	93,3	1	0,3	6,7	1	100,0
<b>Rio de Janeiro</b>	421	27,4	350	83,1	71	4,6	16,9	54	76,1
<b>Rio G. do Norte</b>	73	24,3	60	82,2	13	4,3	17,8	7	53,8
<b>Rio G. do Sul</b>	354	32,6	222	62,7	132	12,2	37,3	106	80,3
<b>Sta. Catarina</b>	244	41,6	146	59,8	98	16,7	40,2	91	92,9
<b>São Paulo</b>	2307	57,0	1821	78,9	486	12,0	21,1	430	88,5
<b>Sergipe</b>	26	13,2	23	88,5	3	1,5	11,5	1	33,3
<b>Total</b>	<b>5992</b>	<b>32,5</b>	<b>4675</b>	<b>78,0</b>	<b>1317</b>	<b>7,2</b>	<b>22,0</b>	<b>1067</b>	<b>81,0</b>

R.M.O. = Retirada de Múltiplos Órgãos

Fonte: CNCDOs

**Figura 7 – Fonte: ABTO, 2008.**

Acompanhando a evolução do número de transplantes de doador-cadáver em comparação com o transplante intervivos (TABELA 6), especificamente no caso do rim, esta tabela nos mostra que não existe uma regularidade no incremento da doação post mortem em

relação ao transplante intervivos. (TABELA 7). Esta instabilidade reflete as desigualdades regionais num país de proporções como o Brasil, onde o desenvolvimento seja na área social, seja na científica, é inferior em certos locais em detrimento, por exemplo, dos grandes centros urbanos do Centro-Sul.

<b>Figura 8 - Dados Absolutos de Transplantes Realizados: Doador Vivo e Falecido</b>		
<b>Ano</b>	<b>Vivo</b>	<b>Falecido</b>
<b>2003</b>	<b>1.966</b>	<b>2.378</b>
<b>2004</b>	<b>1.784</b>	<b>2.960</b>
<b>2005</b>	<b>1.968</b>	<b>2.778</b>
<b>2006</b>	<b>1.962</b>	<b>2.706</b>
<b>2007</b>	<b>1.825</b>	<b>2.909</b>
<b>2008</b>	<b>1.869</b>	<b>3.504</b>
<b>Total</b>	<b>11.374</b>	<b>17.235</b>

Fonte: ABTO, RBT.

<b>Figura 9 - Dados Absolutos de Transplantes Realizados: Doador Vivo e Falecido (Rim)</b>		
<b>Ano</b>	<b>Vivo</b>	<b>Falecido</b>
<b>2003</b>	<b>1.784</b>	<b>1.342</b>
<b>2004</b>	<b>1.604</b>	<b>1.728</b>
<b>2005</b>	<b>1.768</b>	<b>1.594</b>
<b>2006</b>	<b>1.768</b>	<b>1.513</b>
<b>2007</b>	<b>1.667</b>	<b>1.730</b>
<b>2008</b>	<b>1.747</b>	<b>2.033</b>
<b>Total</b>	<b>10.338</b>	<b>9.940</b>

Fonte: ABTO, RBT.

Marinho (2006) apresenta, em artigo, dados sobre a necessidade de transplantes no mundo. Estudando o caso espanhol, único no mundo em que a lista de espera para transplante renal estabilizou e apresenta tendência a diminuir com o tempo, constatou que tal fato só foi possível a partir do aumento do número de doadores falecidos, passando de 1991 a 2005 de 20,8 pmp/ano para 35,1 pmp/ano. Tomando como referência o caso brasileiro, na tabela 1: Dados Globais da Atividade de Captação de Órgãos por Estado – ano de 2008, percebemos que o quantitativo de potenciais doadores por milhão em 2008 foi de 32,5 pmp/ano sendo que, daqueles que poderiam vir a doar seus órgãos, apenas 7,2 pmp/ano se efetivou. (RBT,2008).

E, retrospectivamente, o mesmo ocorre quando analisamos a Tabela 8. A diferença entre o número de potenciais doadores e daqueles que se efetivam é muito grande no período analisado. Sendo assim, este é o indicativo do que o país poderia oferecer em termos de disponibilidade de recursos, projetando-se internacionalmente por sua capacidade prática e

não só por suas políticas públicas cidadãs e abrangência territorial de seus serviços, mesmo que esta se dê de forma muito irregular.

<b>Figura 10 - Evolução do número de Potenciais Doadores e Doadores Efetivos - Números Absolutos</b>				
	<b>Potenciais Doadores</b>		<b>Doadores Efetivos</b>	
<b>Ano</b>	<b>Nº</b>	<b>ppm/ano</b>	<b>Nº</b>	<b>ppm/ano</b>
<b>2003</b>	<b>4.426</b>	<b>-</b>	<b>893</b>	<b>-</b>
<b>2004</b>	<b>4.981</b>	<b>29,3</b>	<b>1.232</b>	<b>7,3</b>
<b>2005</b>	<b>4.714</b>	<b>27,8</b>	<b>1.078</b>	<b>6,3</b>
<b>2006</b>	<b>5.627</b>	<b>30,6</b>	<b>1.109</b>	<b>6</b>
<b>2007</b>	<b>5.494</b>	<b>29,8</b>	<b>1.150</b>	<b>6,2</b>
<b>2008</b>	<b>5.992</b>	<b>32,5</b>	<b>1.317</b>	<b>7,2</b>
<b>Total</b>	<b>31.234</b>	<b>30</b>	<b>6.779</b>	<b>6,6</b>

Fonte: ABTO, RBT.

Outra questão que necessita de abordagem é a negativa familiar. Mesmo não sendo a maior causa para a não-doação (22,2%), seu caso é peculiar. A abordagem à família é uma das últimas ações tomadas pela equipe responsável pelo processo de captação de órgãos e, por isso mesmo, esta não pode ser tão alta nos dados globais por certos motivos. Os principais advêm de, ao longo do processo de captação, questões clínicas ou de gestão impossibilitarem a não-efetivação da doação. Contudo, quando se chega à etapa final, que é o consentimento familiar para a remoção e doação dos órgãos, a negativa familiar pode ser bem acentuada, seja por questões de ordem pessoal ou também pelo fato de as equipes envolvidas não acolherem as famílias e dar explicações e apoio psicológico durante os processos de constatação, mas apenas quando o corpo está apto para a doação, estabelecendo, no inconsciente daqueles que sofreram a perda, uma relação de interesse, e não de cidadania. (MATTA, 2004). Campanhas publicitárias organizadas pelo MS em conjunto com o SNT têm ajudado nisso, mas até certo ponto.

Essas campanhas são esporádicas e apelativas; não se preocupam em informar sobre o processo de transplante de órgãos no Brasil, mas sim cooptar indivíduos através da sensibilização, não atentando para a questão de que a conscientização coletiva se dá através do acesso à informação e do esclarecimento. A desmistificação de crenças populares sobre a doação e a credibilidade do laudo médico, assim como educação e diálogo nos ambientes escolar e familiar são de suma importância para a superação deste quadro. (MATTA, 2004)

Exposto isto, cabe aqui uma ressalva. Na tabela 2, sobre Causas da não-efetivação da doação por Estado analisadas a partir do número de potenciais doadores – ano de 2008, a

porcentagem da variável outros é de 11,6%, a qual consideramos uma margem elevada para uma pesquisa com a proposta de elucidar o cenário dos transplantes no Brasil.

Sendo assim, este número poderia dizer respeito ao tempo de espera para retirada do enxerto para transplante, problemas com estas equipes (falta de profissionais no plantão, veículo de transporte para mais de uma chamada), ausência de exames para comprovação do diagnóstico como Eletroencefalograma, comunicação inadequada entre a CIHDOTT e a CNCDO, entre outros.

Ao realizar a análise da principal publicação sobre as atividades de transplantes no país, observamos que, ao final de cada relatório do RBT, há a presença de um ranqueamento dos centros de transplantes por estado da federação e tipo de órgão transplantado. Tomando o transplante renal como exemplo, a tabela abaixo, exemplifica a informação tratada no documento.

## RIM - TOTAL DE TRANSPLANTES: 3780

Nome do Centro	Responsáveis	Cidade	Vivo	Falecido	Total
<b>SÃO PAULO (Total de transplantes - 1501)</b>					
Associação Hospitalar de Bauru	Tereza M. S. Faifer	Bauru	0	6	6
Hospital Clínicas Fac. Medicina de Botucatu	M. Fernanda C. Carvalho	Botucatu	24	24	48
UNICAMP - Univ. Estadual de Campinas	Gentil Alves Filho	Campinas	17	70	87
Santa Casa de Misericórdia de Marília	Jose Cicero Guilhen	Marília	8	16	24
Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba	João Carlos Menezes	Piracicaba	2	0	2
Santa Casa de Misericórdia de Presid. Prudente	Haroldo Pedrini	Presidente Prudente	1	9	10
Hospital das Clínicas da FMRP-USP	Silvio Tucci Jr.	Ribeirão Preto	8	39	47
Hospital São Francisco	M. Estela N. Batista Giuseppe Cesare Gatto	Ribeirão Preto	8	6	14
FAMERP-FUNFARME - Hosp. Base S. J. R. Preto	Mário Abbud Filho Horacio Jose Ramalho	S. José R. Preto	9	28	37
Instituto Urologia e Nefrologia de S. J. do Rio Preto	Mário Abbud Filho, J. Barberato	S. José R. Preto	13	20	33
Fundação do ABC Hosp. Univ. MEC/MPAS	Ronaldo Roberto Bergamo	São Bernardo do Campo	4	3	7
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Emil Sabbaga	São Paulo	8	0	8
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	João Carlos Campagnari	São Paulo	6	0	6
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	José Osmar Medina Pestana	São Paulo	1	0	1
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Luiz Estevam Ianhez	São Paulo	2	1	3
Hospital Beneficência Portuguesa	Antonio Arivan Rodrigues Viana Anita Saldanha João Carlos Campagnari	São Paulo	22	0	22
Hospital Beneficência Portuguesa	Irina Antunes	São Paulo	16	6	22
Hospital Beneficência Portuguesa	João Egidio Romao Junior João Carlos Campagnari Irene de Lourdes Noronha	São Paulo	34	15	49
Hospital Clínicas FMUSP	Luiz Estevam Ianhez	São Paulo	79	75	154
Hospital Israelita Albert Einstein	Álvaro Pacheco Silva e Filho	São Paulo	33	34	67
Hospital Santa Cruz	João Américo da Fonseca Geraldo de Campos Freire	São Paulo	6	2	8
Hospital Santa Marcelina	Leon Gilson Alvim Soares Jr. Satumina Alves da Silva Martins	São Paulo	30	32	62
Hospital Servidor Público Fco M. Oliveira	Savina Adriana Bobbio	São Paulo	4	0	4
Hospital Sírio-Libanês	Elias David-Neto	São Paulo	8	5	13
Instituto Dante Pazzanese Cardiologia	João Moreira	São Paulo	4	4	8
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Vanda Benini	São Paulo	5	6	11
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Yvoty Alves Santos Sens	São Paulo	4	7	11
Sociedade Assistencial Bandeirantes	Paulo Sergio Luconi	São Paulo	28	4	32
UNIFESP - Hospital São Paulo	José Osmar Medina Pestana	São Paulo	396	298	694
Fundação São Paulo - Hospital Santa Lucinda	Francisco Antonio Fernandes	Sorocaba	4	7	11

**Figura 11 – Ranqueamento dos Centros Transplantadores: o caso de São Paulo. Fonte: ABTO, RBT.**

Este documento instigou-nos a refletir sobre o que pode estar em jogo numa ação pública que é o transplante de órgãos sólidos no SUS, quando o responsável por fornecer informações sobre a situação deste procedimento, no caso o Registro Brasileiro de Transplantes, atribui “responsáveis” por impulsionar os transplantes de cada centro, destoando da lógica de fortalecimento de uma política pública e nacional. Esta ação, entendemos, cria uma cultura de competição entre unidades transplantadoras de hospitais

públicos e privados diversos, e entre as regiões do país. Recortamos apenas o Estado de São Paulo, mas no documento, há o nome de todos os estados que transplantaram, que equipe transplantou e a quantidade de transplantes realizadas no interior de cada equipe dentro de cada município que é cadastrado por unidade federativa. Incentivar esta lógica apenas fragmenta a política de transplante, de um lado, e, de outro, remete a comparações injustas e fora da realidade social, política e econômica que é característica de regiões específicas do país. Um exemplo do que foi dito é expor o número de transplantes realizados por São Paulo conjuntamente com aqueles realizados no Acre, sem se fazer algum tipo de ressalva ou análise do porquê dessa disparidade. Questões populacionais, tecnológicas, de infra-estrutura, políticas, culturais e econômicas interferem diretamente no quantitativo dos transplantes realizados por região brasileira.

Outro ponto, de muita relevância, e que necessita de discussões mais intensas, é que a política de transplantes não considera totalmente a legislação do SUS quando desempenha seus serviços. Cita universalização e descentralização em sua legislação, mas no que tange à integralidade e ao acesso, não abrange tais processos de forma significativa. Como esta é uma política muito especializada e clínica, estabelece-se um isolamento da questão, na qual as decisões são estabelecidas verticalmente e sem a participação da comunidade envolvida nesse problema, tais como os usuários em filas de espera.

As filas para transplantes no SUS também são demandadas, muito especialmente, pelo descumprimento ao princípio da integralidade, um dos três princípios norteadores do SUS, que significa não só compromisso de oferecer atendimento em saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema, mas, principalmente, compreender a saúde humana de forma integral, em suas mais diferentes facetas. Como diversas patologias que demandam transplantes são conseqüências de intercorrências em saúde evitáveis e, portanto, passíveis de serem resolvidas em outros níveis de atendimento em saúde, o investimento em promoção à saúde e prevenção da doença é um dos fatores que mais se relacionam com a questão da diminuição das filas para transplantes no SUS. (MARINHO, 2006).

## 4 CONCLUSÃO

Tendo em vista tudo o que foi pesquisado ao longo deste trabalho, concluímos que a questão dos transplantes no Brasil avançou significativamente ao longo dos dez anos da instituição da Lei nº 9.434/98, ampliando seu acesso e melhorando a qualidade de seus serviços. Entretanto, alguns pontos ainda necessitam de discussão e aprimoramento, tanto por parte de suas políticas, como por parte dos profissionais que realizam este serviço.

Constatamos estes fatos a partir da análise dos dados sobre a captação de órgãos nos transplantes, a qual, a partir de argumentos de Marinho (2006), apresentamos como um dos gargalos deste sistema. Pareceu-nos que os subsídios por trás deste processo, especificamente, necessitam de revisão e aprimoramento não somente tecnológico nem tão pouco somente humano. A intersessão de ambos poderia promover a melhoria significativa dos números do Brasil no cenário internacional quanto ao transplante, mas, sobretudo melhoraria a qualidade de vida daqueles que esperam por um enxerto nas intermináveis e tortuosas filas de espera. Isto faria com que o Brasil aumentasse seus índices de desenvolvimento humano e saúde, projetando-se ainda mais, e com eficácia comprovada, como uma potência na área da saúde pública.

Ratificamos, também, que a negativa familiar não é a maior causa da não efetivação da doação (RBT, 2009), como amplamente divulgado e a qual é o foco de campanhas do Ministério em conjunto com o SNT, visto que o número de indivíduos em lista de espera é cada vez maior e segundo os argumentos apresentados por Marinho (2006) e Ribeiro (2006). Podemos dizer, então, que investigar o processo de gestão da captação e distribuição de órgãos para transplante no SUS bem como identificar os principais impasses para sua efetivação a nível nacional se faz necessário. Para além disso, apontar os pontos os quais a política de transplantes converge e se afasta do SUS constitucional e discutir possibilidades de enfrentamento das disparidades regionais também são questões que suscitam debates acerca do tema.

As dificuldades de implementação das políticas do SUS ressaltam a distância entre o que pretendemos como projeto de sociedade e a desigualdade estrutural de um país em desenvolvimento, inserido na lógica capitalista. Nessa lógica, onde a saúde é tratada como mercadoria e privilégio de grupos sociais, inclinada aos interesses corporativos do complexo médico-industrial e da indústria de fármacos, discutir e implementar uma política atenção básica mais abrangente e eficaz significa confrontar-se com interesses históricos.

Desse modo, o controle de doenças evitáveis pelo SUS, na atenção básica, como a hipertensão e a diabetes encontra empecilhos para sua inserção. Melhorar este controle significa reduzir os custos da saúde no país e desafogar o sistema de saúde em níveis mais complexos e que necessitam de maiores gastos, investindo, assim, em qualidade de vida e cuidado integral.

É importante destacar a ausência de pesquisa e produção científica sobre os processos de gestão de captação e transplante de órgãos no SUS. Essa ausência parece refletir também uma característica dessas atividades, marcada profundamente pela biomedicina e que expressa o atravessamento de interesses históricos do chamado complexo médico-industrial, como a competitividade, a presença influente das indústrias farmacêuticas e a hegemonia da corporação médica na coordenação e planejamento das ações e serviços de saúde. O ranking nacional dos centros transplantadores, identificados nominalmente por seus médicos responsáveis, parece ser uma evidência contundente dessa interpretação.

O maior controle e participação social é fundamental para o desenvolvimento e maior incorporação dos princípios e diretrizes do SUS nas atividades de transplantes. Contudo, para que o acesso à informação seja de fato democratizado, é necessário que a produção e divulgação da mesma seja feita através de aparatos públicos, pelo SNT, e não o que existe atualmente, sendo a ABTO, uma associação de médicos especializados, a principal produtora e organizadora das informações sobre esta terapêutica no país. A informação e divulgação na sociedade, de forma transparente, de todos os aspectos, processos e ações que envolvem o processo de captação, desmistificando-o como um procedimento de altíssima complexidade, inacessível à compreensão do senso comum, é uma das possibilidades de transformação e multiplicação dos esforços para tornar o transplante de órgãos no país um direito de todos e de cada um.

## REFÊRENCIAS

- ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano XIX – nº2. Janeiro/Dezembro 2003. Disponível em: <<http://abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>>. Acesso em: outubro 2009.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano X – nº2. Janeiro/Dezembro 2004. Disponível em: <<http://abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>>. Acesso em: outubro 2009.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano XI – nº2. Janeiro/Dezembro 2005. Disponível em: <<http://abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>>. Acesso em: outubro 2009.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano XII – nº2. Janeiro/Dezembro 2006. Disponível em: <<http://abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>>. Acesso em: outubro 2009.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano XIII – nº2. Janeiro/Dezembro 2007. Disponível em: <<http://abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>>. Acesso em: outubro 2009.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano XIV – nº2. Janeiro/Dezembro de 2008. Disponível em: <<http://abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>>. Acesso em: outubro 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, para fins de transplante, tratamento e dá outras providências**. 1997. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacaohtm#>>. Acesso em: maio 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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 Transplante (CIHDOTT)**. 2006. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/Portaria201262%20de%2016%20de%20junho%202006.htm>>. Acesso em: maio 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. 3ª edição – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf)> Acesso em: abril 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde / GM – Portaria nº 373, de 22 de fevereiro de 2002 – **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002**. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso: 28 julho 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde / GM – Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: **Divulga o Pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html) Acesso: 28 julho 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.407 de 05 de agosto de 1998: **Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes.** Disponível em: <http://.saude.gov.br/transplantes/portaria/port3407.htm>. Acesso: 26 outubro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Lista Única.** Disponível em: <http://.saude.gov.br/sas/dsra/lista.htm> . Acesso: 26 outubro 2009.

COIMBRA, Cícero. **Da falsa validade científica dos critérios utilizados para o diagnóstico de morte encefálica.** Dpto de Neurologia e Neurocirurgia – Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dneuro/mortencefalica.php> Acesso: 5 outubro 2009.

DATA SUS, Sistema de Informações de Saúde. **Óbitos por causas externas no Brasil (2004 a 2008).** 2009. Disponível em: <http://datasus.gov.br> Acesso: 6 outubro 2009.

FLEURY, Sonia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha.** Rio de Janeiro: Editora FGV. 2006.

FIOCRUZ. **RADIS: Comunicação em Saúde.** Rio de Janeiro, 72, agosto, 2008. p 12, 13 e 14.

GARCIA, Valter Duro. **Por uma política de transplante no Brasil.** São Paulo: Office Editora, 2000.

MARINHO, Alexandre. **Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (10): 2229-2239, 2006.

MATTA, Gustavo Corrêa. Família, práticas institucionais e transplantes de órgãos. In: BURD, Miriam & FILHO, Júlio de Mello. **Doença e Família.** Rio de Janeiro. 2004.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa & PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2007.

MIRANDA, Ana Maria, SCHNEIDER, Alessandra, KUJAWA, Henrique, ANDRADE, Jair, BOTH, Valdevir & BRUSTCHER, Volmir. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?.** Passo Fundo, IFIBE, 2007. Disponível em: [http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha\\_posibilidade\\_realidade.pdf](http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_posibilidade_realidade.pdf). Acesso: 28 julho 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa & PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de Saúde: a**

**organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2007.

RIBEIRO, Carlos Dimas. & SCHRAMM, Firmin Roland. **Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização.** Cadernos de Saúde Pública. 22(9): 1945-1053, 2006.