



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LAYSA SABRINA SOUZA GOMES

**A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONFRE LOPES PARA O FORTALECIMENTO DO SUS/RN**

NATAL 2014

LAYSA SABRINA SOUZA GOMES

A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONFRE LOPES PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS/RN).

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, elaborado sob orientação da Professora Dra. Maria Dalva Horácio da Costa, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

NATAL 2014

Catálogo da Publicação na Fonte.
UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Gomes, Laysa Sabrina Souza.

A importância do serviço de hemodiálise do Hospital Universitário Onofre Lopes para o fortalecimento do SUS/RN/ Laysa Sabrina Souza Gomes. - Natal, RN, 2014.

58f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Dalva Horácio da Costa.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço social.

1. Serviço hemodiálise - HUOL - Monografia. 2. Transplante - Monografia. 3. Políticas de saúde - Prevenção - Monografia. 4. Relação público/privado - Monografia. I. Costa, Maria Dalva Horácio da. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 364.2:61

LAYSA SABRINA SOUZA GOMES

A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONFRE LOPES PARA O FORTALECIMENTO DO SUS/RN

APROVADA EM ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Dalva Horácio da Costa (Orientador)
DESSO (UFRN)

Prof.^a Dra. Marcia Maria de Sá Rocha (Examinador)
DESSO (UFRN)

Iris Da Silva Cabral (Examinador)
Assistente Social

Natal 28 de Novembro de 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que sempre esteve ao meu lado e permitiu que tudo isso acontecesse em minha vida, não só durante os anos na universidade, mas em todos os momentos da minha vida.

A minha Família é minha base, aos meus pais Silvana e Lula e a minha irmã Maria Luíza, por todo o amor e carinho e por sempre me apoiarem em minhas decisões. A meus Avós Maria Tomaz e Sebastião por todo o carinho e força, e por serem um exemplo para mim.

Não poderia deixar de Agradecer a minha orientadora Dalva, que foi uma pessoa maravilhosa durante minha vida acadêmica, tanto pelo seu comprometimento quanto pelas grandes contribuições em minha vida, desde o estágio até a monografia.

À Analice, grande amiga desde o início do curso, sempre presente durante esses quatro anos tanto nos bons quanto nos maus momentos, meus sinceros agradecimentos por todo o apoio e companheirismo.

Agradeço à Fabíola e Janiely por todos os momentos juntas, pela amizade e convivência durante esses quatro anos e pela nossa amizade vai além dos muros da Universidade.

Agradeço também à Paulinha, Marcia e Janaina que se tornaram grandes amigas, durante esse período, obrigada por todo o companheirismo.

À minha grande amiga Ilane por todo o companheirismo durante esses 17 anos de convivência, agradeço por me aguentar durante todo esse tempo, muito obrigada por tudo.

Agradeço também as minhas amigas Monalise e Amanda por todo esse tempo de convivência e por todo o apoio.

Meus agradecimentos a todos os amigos e familiares, que sempre me apoiaram e estiveram presentes em minha vida.

E por fim agradeço a todos as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram com minha formação acadêmica, a todos vocês o meu muito Obrigado.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)

RESUMO

Esse estudo tece reflexões sobre o fato de que 100% dos serviços de hemodiálise no RN encontram-se sendo ofertados por clínicas privadas, afrontando a Lei 8.080/90 que define o caráter complementar do setor privado. Enquanto isso, o único serviço público que existia no RN, foi desativado e até a presente data não há perspectivas de sua reativação. Sua finalidade foi verificar os principais motivos para desativação do serviço de hemodiálise do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e subsidiar iniciativas com vistas a sua reativação. Utilizamos a pesquisa bibliográfica e documental, examinando atas, portarias e informações disponíveis em sites oficiais, principalmente da Secretaria Estadual de Saúde do RN e do Ministério da Saúde. Ao longo desta pesquisa, constatamos que um dos principais motivos tem clara relação com monopólio das clínicas privadas de hemodiálise no RN, fato que também concorre para os baixos índices de preparação para o transplante realizado pelo ambulatório do HUOL. Identificamos que embora o HUOL tenha passado por inúmeras reformas e ampliações, não houve iniciativas em prol da reativação de tal serviço e a SESAP/RN, tem ignorado esse fato. Razão pela qual concluímos que essa iniciativa seja da sociedade representada no CES/RN, sobretudo as entidades dos portadores de patologia que juntos com o Ministério Público/RN no sentido de debter e de incluir na previsão orçamentária e cobrar do HUOL que faça a sua parte.

Palavras Chave: Hemodiálise; Transplante; Prevenção.; Relação Público/Privado.

ABSTRACT

This study reflects on the fact that 100% of hemodialysis services in RN are being offered by private clinics, defying the Law 8.080 / 90 which defines the complementary nature of the private sector. Meanwhile, the only public service that existed in the RN, was deactivated and to date there is no prospect of its reactivation. Its purpose was to determine the main reasons for deactivation of the hemodialysis department of the University Hospital Onofre Lopes (HUOL) and support initiatives aiming its reactivation. We use the bibliographic and documentary research, examining the minutes, ordinances and information available on official websites, mainly from the State Health Department RN and Ministry of Health. Throughout this study, we found that a major reason is clearly related to the clinical monopoly private hemodialysis in infants, a fact that also contributes to low levels of preparation for the transplant performed at the outpatient HUOL. We found that although the HUOL has undergone numerous renovations and expansions, no initiatives towards the reactivation of such service and SESAP / RN, has ignored this fact. Reason we conclude that this initiative is the company represented in the ESC / RN, especially of those with disease entities that together with the prosecution / RN towards debter and include in budget forecasting and charge HUOL do their part.

Key words: Hemodialysis; transplantation; prevention; Public / Private relationship.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1- Transplantes realizados no Brasil - Órgãos Sólidos	25
Tabela 2- Transplantes e lista de espera 2013.....	32
Tabela 3. Número absoluto de transplantes realizados entre 2006 2013 no Brasil e RN.....	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos Rins captados em 2013.....	42
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de órgãos;

BIPARTITE – Comissão Inter gestora Bipartite

COVISA – Coordenadoria de Vigilância Sanitária;

CES – Conselho Estadual de Saúde;

CMS – Conselho Municipal de Saúde;

CNS – Congresso Nacional de Saúde;

DRC – Doença Renal Crônica;

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes;

IAPS – Instituto Nacional de Previdência Social;

IRC – Insuficiência Renal Crônica;

SUS – Sistema Único de Saúde;

SESAP – Secretária de Saúde pública do Rio Grande do Norte;

RN – Rio Grande do Norte.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	10
II A ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	14
2.1 As políticas de Saúde no Brasil.....	14
2.2 O Funcionamento do Transplante no Rio Grande do Norte.....	33
III AS CAUSAS DA DESATIVAÇÃO DO SERVIÇO DE DIÁLISE NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES	41
IV CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
V REFERÊNCIAS.....	54

I - INTRODUÇÃO

Atualmente, um dos grandes desafios para a política de transplante Renal ser efetivada no Rio Grande do Norte e avançar no sentido de que mais pessoas dependentes de hemodiálise¹ se preparem para entrar na lista de espera por um rim, requer medidas capazes de garantir rápido encaminhamento e esclarecimentos sobre a preparação para o transplante e o desenvolvimento de ações educativas capazes de aumentar o número de doação de órgãos, particularmente rins e consolidação das condições de realização do transplante no RN, uma vez que ainda é muito alto o grau de transferência de rins para outros Estados em função do baixo índice de preparação de pacientes para realizar o transplante no RN.

Dados da Secretaria Estadual de Saúde do RN (SESAP/RN) revelam que em 2013, apenas 86 pacientes estavam preparados para realizar transplante, ou seja, tinham tido acesso aos exames e informações necessárias para entrarem na lista de espera para receber um rim.

Chamou-nos a atenção o fato de que 100% dos procedimentos de hemodiálise são realizados por clínicas particulares credenciadas ao SUS no RN e que entre as atribuições das clínicas está a de esclarecimento e encaminhamento dos pacientes para a preparação para o transplante no ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)

Durante nossa experiência de estágio curricular obrigatório realizado no período de agosto de dois mil e treze a junho de dois mil e quatorze no ambulatório de transplante renal do HUOL, ocasião em que acompanhamos diversos casos e nos deparamos com essa problemática, constatamos que o número de pacientes encaminhados pelas clínicas, para preparação para o transplante é tão baixo que há uma enorme capacidade ociosa da estrutura disponibilizada pelo HUOL para essa finalidade. E, que não há dúvidas de que as clínicas responsáveis pela hemodiálise não asseguram o devido encaminhamento dos pacientes desrespeitando a portaria GM nº 1.168, de 15

¹ A hemodiálise é um tratamento, cujo objetivo é substituir a função renal de remover as toxinas e o excesso de água do organismo. Sendo uma máquina que bombeia o sangue, por meio das linhas até o dialisador, os produtos tóxicos e a água em excesso do organismo serão filtrados, e assim fará o papel do rim, porém o paciente tem que fazer esse tratamento três vezes por semana.

de junho de 2004 a qual preconiza que ao entrar em hemodiálise o paciente deve ser imediatamente esclarecido e encaminhado para a preparação para o transplante.

Conforme preconiza a portaria GM nº 1.168, de 15 de junho de 2004, assim que ingressa no tratamento o paciente deve começar a ser preparado para fazer o transplante renal, devendo realizar todos os exames necessários para entrar na lista de espera por um rim, pois é um direito que todos os portadores de doenças renais têm.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal encontra-se definida pela Portaria GM nº 1.168, de 15 de junho de 2004 define as principais diretrizes e estratégias de organização e funcionamento dos serviços de atenção aos portadores de doenças renais crônicas em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, destacando-se os seguintes:

- I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- II - organizar uma linha de cuidados integrals (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;
- III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal;
- V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante);

Ressalte-se que a Lei 8.80/90 no seu artigo Art. 24 define que a organização dos serviços de saúde deve contratar o privado em caráter complementar, porém no Estado do Rio Grande do Norte (RN) os serviços de

diálise são 100% ofertados pelo setor privado, tendo em vista que o único serviço público existente no Estado funcionava no ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), e foi desativado há muitos anos e até a presente data não foi reativado. Sabe-se que havia Hemodialise no HUOL com um reduzido número de máquinas, algumas das quais são usadas na atualidade para diálise de pacientes que encontram-se internados no hospital.

Ao buscarmos informações sobre porque o serviço de diálise foi desativado no HUOL e assim permanecem até a presente data, constatamos que não há clareza e principalmente amplo conhecimento sobre as reais causas para a permanência dessa situação.

Aliás, a falta de acesso à informações tem se constituído uma das principais dificuldades para implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal prevista na Portaria GM nº 1.168, de 15 de junho de 2004 na realidade do HUOL e, portanto do RN.

Atualmente o HUOL é responsável pela Assistência Hospitalar em casos de transplante renal e de internamentos por complicações de seus pacientes, e atendendo também alguns pacientes transplantados em outros estados que tenham transferido seu acompanhamento para o mesmo. Além disso, o HUOL oferece serviços de assistência ambulatorial especializada em nefrologia, como consultas, exames de rotina as pessoas que encontram-se no pré-transplante e no pós-transplante. Com o auxílio de uma equipe multiprofissional, sendo ela responsável pela preparação para o transplante de todas as pessoas que encontram-se em tratamento de hemodiálise no RN.

Ocorre que a grande maioria das pessoas que se encontram em tratamento de hemodiálise no RN não tem sido encaminhadas para a preparação para o transplante. Para se ter uma idéia, atualmente, das 2.200 (duas mil duzentas) consta-se que apenas aproximadamente 86 realizaram os exames preparatórios e estão preapradas e portanto cadastradas na lista de espera por um transplante, como funciona a lista de espera:

A Lista Única Nacional é formada pelo conjunto das Listas Estaduais que, por sua vez, são formadas pelas Listas Regionais.

O que se precisa entender sobre a lista de espera:

a) não é uma fila, onde quem chega primeiro tem preferência. O que determina a preferência é a compatibilidade entre o doador e o receptor. Sendo satisfeita a exigência da compatibilidade, outro ponto determinante da escolha do receptor é a urgência do transplante.

No caso do transplante renal a única situação de urgência é a impossibilidade total de acesso para hemodiálise, ou seja, aquele paciente que não pode mais realizar a hemodiálise por impossibilidade de acesso (não tem fístula e não se consegue mais o implante de cateteres).

b) No caso de empate, ou seja, dois pacientes com a mesma compatibilidade o tempo de espera e outras características são utilizadas como critérios de desempate. (SERVIÇO DE TRANSPLANTE RENAL – UNESP)

Ressalte-se que o dever de organizar, definir prioridade e assegurar assistência integral ao portador de doenças renais crônicas é da Secretaria Estadual de Saúde pública do Estado do RN (SESAP/RN) a qual não tem tomado iniciativas para superar a realidade que afronta a Lei 8.080/90 ao manter 100% dos serviços de hemodiálise nas clínicas privadas e ignorar que a maioria dos que estão em hemodiálise, por razões diversas, não estejam sequer tendo acesso a preparação para o transplante.

2- A ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

2.1 As políticas de Saúde no Brasil

No período colonial o Brasil era tomado por epidemias de febre amarela, cólera, varíola, malária, que levaram os portos a entrarem em crise. O que era um problema, já que a economia do país se sustentava na exportação de café. E temendo as epidemias alguns países imporão resistência em importarem os produtos brasileiros, assim ocorreu uma queda na produção agrícola. Nesse período a saúde era privada para ricos, que eram os únicos com recursos financeiros para pagar os altos preços cobrados pelos médicos. Os pobres se contentavam com os serviços prestados pelas instituições filantrópicas e/ou benzedeadas.

Nos anos 1920, em meio ao processo de industrialização no país, registrou-se o crescimento do número de imigrantes, que por sua vez traziam consigo a experiência do modelo industrial que já era forte na Europa. A saúde ainda era precária no país, principalmente no que dizia respeito à parcela da população sem recursos financeiros. Os vários movimentos de greves dos operários, principalmente na cidade de São Paulo, em busca de melhores condições de trabalho e de acesso à saúde, resultaram na consolidação da Lei Eloy Chaves em 1923. Essa lei criava e regulamentava as Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPS), que garantiam assistência médica para os trabalhadores. Essa lei é o marco para a criação da Previdência Social no Brasil.

Em 1930 Getúlio Vargas assume a presidência da república e provoca algumas mudanças no quadro sociopolítico brasileiro. Em 1932 São Paulo resiste à constituição de 30, e a elite paulista perde dinheiro. Getúlio Vargas vendo a quantidade de dinheiro acumulado pelas CAPS e resolve centralizá-los, instaurando em 1933 os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP'S). A partir de agora, o estado iria gerir os recursos dos CAPS por meio dos IAPS, que estenderia os direitos dos trabalhadores e uniformiza as estruturas de saúde.

Em 1945, Vargas é deposto, e Dutra assume o poder. Acontecem avanços significativos na saúde. O modelo de saúde nacional sofre influência do modelo americano que ia contra o método médico assistencialista. A saúde no Brasil agora recebe investimentos diretos do governo e conta com hospitais grandes, modernos e bem equipados, além de diversas especialidades médicas. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde.

Em 1967 aconteceu a unificação de todos os IAP's, e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ficava a cargo do INPS assegurar a Previdência Social a todos os trabalhadores (urbanos e rurais), assim como garantir acesso a saúde, no que diz respeito à prática da medicina curativa. As medidas de prevenção, assim como controle epidemiológico eram responsabilidade do Ministério da Saúde. Durante o Regime Militar acontecem altos investimentos nos hospitais privados, uma vez que, como o INPS atendia a todos os trabalhadores do país. O serviço de saúde, sozinho, não seria capaz de atender a esse público. Criam-se o Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que lutava pela criação de um sistema único de saúde, igualitário e com controle popular. Nessa conferência foi aprovada a proposta da saúde constituir-se direito de todos e dever do Estado e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com principal estratégia para efetiva esse direito, sendo convocada com o objetivo de subsidiar e influenciar a elaboração da Constituição Federal de 1988 (CF 1988).

Na CF 1988, Art. 196, foi determinado que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e a criação do SUS baseado nos princípios de: universalidade, Integralidade e equidade, com participação popular. Sua regulamentação só deu em 1990 com a aprovação da Lei 8.080/90 e pela Lei Complementar 8.142/90. Mas a efetiva implementação dessa legislação se deparou com muitas resistências, dentre as quais a força organizada do setor privado que junto com a tradição centralista tem corroborado para inibir o avanços do SUS público estatal em todo o território nacional.

Somente em 1996 as Normas de Operação Básica (NOB) do SUS/96 de fato acelera o processo de descentralização dos serviços e dos recursos através do repasse automático fundo a fundo para os municípios brasileiros. Nesse

período, também se registra o lançamento do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS).

Mas em 1998 a seguridade social sofreu o grande retrocesso com a Reforma MARE, que estimulou a terceirização dos serviços e a transferência da gestão de serviços públicos de saúde para Instituições Privadas e Sem Fins Lucrativos (OSS). A saúde que já tinha uma história de hegemonia do setor privado passou a ter ainda mais dificuldades de romper com esse passado. A Reforma da Previdência também seguiu a mesma direção reduzindo direitos e se fortalecendo enquanto política setorial, a Assistência ficou escanteada e refém da completa falta de financiamento e da seletividade como característica. Embora com muitas dificuldades o SUS foi a política que mais avançou na perspectiva da universalidade. Porém, essa ampliação do acesso se fez acompanhar de uma forte expansão do setor privado, que permaneceu hegemônico em vez de se tornar complementar conforme previsto na CF de 1988 e na Lei 8.080/90.

A partir de 2006 o SUS com o pacto da Saúde o SUS registrou alguns novos avanços significativos em termos de aprofundamento da o processo de descentralização enfatizando a regionalização dos serviços e aumento da autonomia dos Estados e municípios para aplicar os recursos federais nos em blocos de atenção e não apenas em procedimentos como ocorria antes do pacto. Igualmente, também se passou a valorizar a gestão democrática e participativa.

Importante processo para romper com a cultura institucional tradicional, que ainda concebe a saúde como a ausência de doença, e avança no sentido de considerar a saúde como um estado de perfeito bem-estar (OMS, 2006) e principalmente o conceito ampliado definido pela 8ª. CNS que qualifica a saúde como resultante das condições de vida.

A 8ª. CNS vai mais além ao incluir não apenas condições materiais e políticas econômicas e sociais, destacando lazer, democracia e efetiva distribuição das riquezas.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade,

acesso a posse de Terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Relatório da Oitava conferência nacional de saúde. 1986)

Sendo a Saúde um direito de todos, presente na constituição Brasileira de 1998, no seu artigo 196:

A saúde é um direito de todos e um dever do estado, garantido mediante as 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.

Pacto pela Saúde inspirado no conceito ampliado de saúde se propôs a desencadear um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de compromisso Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde).

A partir do momento em que a saúde passa a ser um direito garantido por lei, surgem algumas leis e portarias que vão dar subsídio para que esse direito possa ser garantido, tais como a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu capítulo II se encontram seus princípios e diretrizes, sendo eles:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

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 serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Nessa mesma direção, foi editada a Portaria nº 1168/GM de 15 de julho de 2004, que institui a política nacional de atenção ao portador de Doença Renal devendo ser articulada entre as três esferas por meio do ministério da saúde, as secretarias de Estado da Saúde e as secretarias municipais de Saúde, e assim permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal;

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante);

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil;

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das

informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados;

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Esse conjunto de normatização parte da premissa de que as Doenças Renais Crônicas (DRC) em sua maioria são evitáveis e passíveis de prevenção e controle por medidas no campo da promoção e prevenção, pode se inferir que os altos índices verificados na atualidade ocorrem devido a falta de prevenção, seja ela devido a falta de alimentação adequada, sedentarismo, stress, etc... Dentre outros vários fatores que determinam essa doença.

Refletir sobre a promoção, prevenção e recuperação da saúde requer compreendê-la a partir de (...) um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Indicando que "(...) a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global" (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

Nessa perspectiva foi incorporado no II paragrafo Portaria nº 1168/GM, que nas DRC requerem assistência integral contempla as diversas dimensões, mas confere papel fundamental as políticas de promoção da Saúde. E, também, se inscreve o II paragrafo Portaria nº 1168/GM, as DRC ao preconizar assistência integral contemplando as diversas dimensões, sobretudo conferindo papel fundamental as políticas de promoção da Saúde.

Para Buss (2003), a promoção da saúde está relacionado à ideia de "responsabilização múltipla", uma vez que envolve as ações do Estado (políticas publicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias Inter setoriais.

Na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde foi apresentada a carta de Ottawa, que foi um documento que defende a

promoção da saúde como um elemento essencial para a melhoria da qualidade de vida, segundo o mesmo:

Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste 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. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global. (CARTA DE OTTAWA, 1986)

A partir dessa concepção de promoção de saúde muitas outras surgiram e algumas delas com alguma crítica tal como:

Desde seu surgimento, diversas críticas têm sido direcionadas à racionalidade biomédica que vem conformando os sistemas de saúde em nível mundial. O termo promoção de saúde em nível mundial. O termo promoção da saúde tem nascedouro nesse cenário, tendo sido usado pioneiramente em 1945, pelo historiador médico Henry Sigerist, ao definir para a Medicina quatro tarefas essenciais: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. (WESTPHAL, 2006. *apud* VASCONCELOS E SCHMALLER. 2014)

Desse debate, apreende-se que a existência de políticas de promoção e prevenção da saúde é um elemento que tem o poder tanto de fazer com que algumas pessoas não venham a ter insuficiência renal, quanto de melhorar a vida das pessoas que já tem essa doença, pois havendo uma boa promoção da saúde a população vai saber quais as melhores condutas que precisam seguir para ter uma melhoria na sua saúde, pois:

Grande parte das doenças modernas (cardiovasculares, tumores, enfermidades mentais, intoxicações forçadas ou voluntárias etc.) só é vulnerável às ações preventivas, ou pelo

menos, a uma associação precoce entre higiene e terapia enquanto a tendência espontânea – não apenas dos médicos, mas das pessoas, que percebem o mal apenas quando o organismo está manifestamente lesado – é para tratamento amiúde tardios (BERLINGUER, 1988, p. 21)

Porém, é preciso deixar claro que a Promoção de Saúde não é sinônimo de Prevenção de Doenças (Nutbean, 1986), daí percebemos que não basta ações ambulatoriais eficientes, há necessidade de políticas de educação em saúde desde cedo, e de uma política de saúde capaz de articular modo de vida saudável da população.

(...) se a Promoção de Saúde representa uma possibilidade concreta de ruptura de paradigma no campo da saúde, a sua novidade consiste na recuperação (em novas bases, levando em conta a realidade objetiva da sociedade globalizada e informatizada e as aquisições teóricas da chamada pós-modernidade) daquilo que foi e continuará sendo a utopia norteadora da Saúde Pública na sua versão progressista, ou seja, interferir - a partir do setor saúde, mobilizando o conhecimento técnico específico acumulado historicamente no campo sanitário - no processo saúde-doença como signo ou indicador de desarmonia, desequilíbrio importante e estrutural nos modos de produzir, viver, morar e, de um modo geral, nas relações do homem consigo mesmo, com os outros homens, com a natureza, utopia esta que perdeu-se, progressivamente, com a consolidação, no mundo contemporâneo, em decorrência das características estruturais deste mesmo mundo, de uma medicina e uma Saúde Pública de base tecnológica, alicerçadas ambas numa visão estreitamente biomédica da doença, vista como uma condição adversa a ser unicamente enfrentada pelo consumo individual ou coletivo de produtos e serviços (tanto de natureza curativa quanto preventiva), crescentemente sofisticados. (LEFEVRE; LEFEVRE. 2004).

Falar em promoção de Saúde, é ir além mas não exclui a prevenção da saúde, que ganhou destaque a partir do movimento preventivista que pregava que a responsabilidade pela promoção e pela prevenção da saúde era de inteira responsabilidade do médico ao invés de ser também da sociedade.

Concordamos com Lefevre (1999), quando afirma que

“a maioria de nós acredita que saúde é aquilo que um determinado indivíduo, uma pessoa singular, tem, ou não tem, ou está com, ou não está com. Nesta definição já vem implícita a de doença, já que doença é quando este mesmo indivíduo não tem ou não está com saúde”.

Segundo Arouca (1975), a partir dessa reflexão o movimento preventivista abriu, em síntese, uma contestação da prática médica em vários níveis:

1º. nível – Da ineficiência desta prática, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. A medicina curativa, portanto, caracteriza-se pela ausência de racionalidade.

2º. nível – Da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Este fato levou ao desenvolvimento de uma prática basicamente instrumental e ao desaparecimento do humanismo médico.

3º. nível – Do conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico. Em 1946, quando a Comissão Técnica Preparatória reuniu-se em Paris para estudar a constituição da Organização Mundial de Saúde, os dezesseis membros presentes concordaram que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Este conceito encontra-se na linha direta daqueles desenvolvidos durante o século passado por Chadwick na Inglaterra, Villerme e Guérin França, e Virchow e Gretjam na Alemanha, em que reconheciam a relação dos problemas sociais com a saúde, acrescidos agora de uma nova dimensão, a do psicológico desenvolvida por Freud. Esta conceituação abriu um novo espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área do conhecimento que se afirmava tri-dimensional e, portanto, exigia uma abordagem multidisciplinar (biologia, ciências sociais e psicologia).

4º. nível – Das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizando-se dentro de um contexto de interesses puramente individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população, elegendo o raro como prioritário e esquecendo-se do predominante.

5º. nível – Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam as necessidades de atenção médica das comunidades. Este

problema agravava-se para os países sub-desenvolvidos, que estavam formando médicos segundo padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social. (AROUCA, 1975)

Para além dessas reflexões, discutir sobre promoção e prevenção de saúde, do ponto de vista do movimento da reforma sanitária conforme enfatizado na 8ª. Conferencia Nacional de Saúde (CNS) e na I Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador, vem se vinculando ao objetivo mudar a realidade social, na qual a maioria da população não tinha direito a saúde, e na época ainda era prestada pelo instituto nacional de previdência social, e assim só prestava assistência à saúde para os trabalhadores que contribuíssem.

Nesse sentido, só podemos propor uma política Nacional de promoção da saúde, que seja transversal, que opere articulando e integrando as várias áreas técnicas, especializadas, os vários níveis de complexidade e as varias politicas especificas da saúde. (CAMPOS, BARROS e CASTRO. 2004)

Através do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) reunido na 8ª CNS foi conquistado o direito a saúde na Constituição Federal e definidos os princípios e objetivos do SUS, que segundo a Lei 8.080 contemplam, inclusive a questão saúde do trabalhador em seu artigo 6º, conceituando-a como:

(...) um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990)

A partir da concepção ampliada de saúde, outra política de grande importância também é a política Nacional de Assistência Social (PNAS) que tem como objetivo o enfrentamento das desigualdades, visando garantir os

direitos a toda à sociedade, tendo como seu publico alvo aquelas pessoas que se encontram em situação de risco e as mais necessitadas. Trazendo em seu capítulo II, seção I, artigo 4º, os principios que a regem:

I – Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

II – Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III – Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV – Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V – Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

Tomando por base a Política Nacional de Assistência Social voltada para o portador de insuficiência renal crônica, se vê que nesse ambito é de extrema importância à presença do Assistente social que intermedia a relação da população com a instituição, utilizando algumas ações, como: plantões, triagens, encaminhamentos, concessões de benefícios e orientações, desse modo o Assistente social é um profissional que tem como principio fundamental garantir a efetivação dos direitos da população.

Vale ressaltar Lei 8.080 de 19/09/1990, no Título I das disposições gerais, preconiza o seguinte:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso

universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A Lei 8.80/90 regulamenta o Art. 196 da C.F de 1988 o qual determina que a saúde seja um direito social, devendo ser garantido pelo Estado brasileiro a partir de uma concepção ampliada de saúde, conforme claramente explicita:

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 a promoção, proteção e recuperação.(Constituição Federal de 1988, artigo 196)

A partir de tal compreensão, há um consenso de que o enfrentamento das DRC requerem uma intervenção do poder público capaz não apenas de articular assistência médica nos três níveis de atenção, mas também de buscar articular a saúde com as demais políticas sociais conforme preconiza o conceito ampliado de saúde assegurado na CF de 1988 e na Lei 8.080 nos artigos acima destacados.

Com base em tais definições ao longo do processo de construção do SUS se fez necessária editar portarias e leis voltadas para regulamentar a implementação de políticas específicas. No caso das DRC, sobretudo considerando as particularidades que envolve o acesso ao transplante, foram

editadas leis específicas para estruturar o transplante Renal, buscando disciplinar a formas mais adequada de assegurar a integralidade do tratamento.

A primeira lei que regularizou o transplante de órgãos no Brasil, foi a nº 0 4.280/63. Em janeiro de 1998 entrou em vigor a Lei nº 0 9.434/97 que abriu mais possibilidades para a doação em vida, ou seja, qualquer pessoa que tivesse um órgão duplo poderia doa-lo se não compromettesse sua saúde. Todo portador de Insuficiência Renal Crônica tem o direito de fazer a Hemodiálise e também o transplante renal gratuitamente.

O transplante renal é uma forma de tratamento para a IRC que gera expectativas aos pacientes em lista de espera, almejando não mais necessitar de hemodiálise e ter uma melhor qualidade para sua vida, com maior liberdade. Esta forma de tratamento permite ao paciente levar uma vida quase normal, mantendo o acompanhamento imunossupressor contínuo. Além disso, a qualidade de vida que o transplante proporciona também é superior à da hemodiálise. É claro que para isso é necessário também haver o comprometimento do paciente transplantado em seu autocuidado, com envolvimento da equipe de saúde e da família. (Flores e Thomé – 2004, p. 687)

Tendo em vista a importância do Transplante na vida dos portadores da IRC, constata-se que devolve ao paciente a rotina que tinha antes da doença, especialmente por não precisar mais ir três vezes por semana para a máquina de hemodiálise assim, podendo até voltar a trabalhar caso tenha obtido sucesso em sua cirurgia, precisando apenas tomar os remédios nas horas certas e manter uma alimentação saudável.

No Brasil, segundo o censo 2008 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), há 684 Unidades Renais Cadastradas ativas na SBN, dentre essas, 310 declararam oferecer Programa Crônico Ambulatorial de Diálise, atendendo 41.614 pacientes. Somente na região Nordeste, há 7.948 pessoas em tratamento dialítico.

A partir do momento em que se diagnostica a IRC, o paciente deve iniciar o tratamento por meio da hemodiálise, pois ele é o único meio de se manter vivo até fazer o transplante, pois sem o funcionamento dos rins as impurezas contidas no sangue não conseguem ser filtradas, e essas impurezas

no corpo podem levar até a morte, por isso se faz necessário fazer o tratamento dialítico três vezes por semana, sendo a máquina que fará o papel dos rins. Mas esse tratamento deve ser temporário até a pessoa fazer um transplante renal seja por doação de um rim por parente, ou seja, ele de cadáver que é o que acontece na maioria dos casos.

A doença renal crônica (DRC) é uma síndrome causada por inúmeras doenças que têm em comum a redução progressiva da filtração glomerular. Independente do insulto inicial provocado pela doença de base, a lesão progride com esclerose glomerular e fibrose intersticial, resultando em insuficiência renal crônica. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise mais que dobrou nos últimos oito anos. A incidência de novos pacientes cresce cerca de 8% ao ano e estima-se que existam cerca de 1,2 milhões de brasileiros com DRC¹. Apesar dos avanços nos métodos dialíticos e no transplante renal, a mortalidade na DRC permanece elevada, principalmente em sua fase terminal. (DUMMER.THOMÉ.VERONESE. 2007)

Tendo em vista os fatos elencados e a constatação de que cada vez mais cresce o número de pessoas com IRC, e sendo a hemodiálise o tratamento para essa doença, notamos que há a necessidade de melhorias para esse tratamento, dentre elas o aumento dos centros de hemodiálise e também uma maior campanha e divulgação da importância da doação de órgãos, para que assim haja uma diminuição das listas de espera por um órgão.

No Brasil, o transplante de órgãos, por doação ao Estado, somente pode ser feito após a morte cerebral do doador, que pode ser natural ou acidental, e com o concomitante funcionamento dos órgãos que serão doados, sendo que a morte cerebral deve ser devidamente diagnosticada por uma equipe médica; e o transplante, autorizado pelo SNT e pelo SUS. O paciente deve ter manifestado, em vida, para a família, a sua intenção de se tornar doador. Uma vez constatada por médicos a necessidade de transplante, o paciente candidato a receptor é colocado na fila. A fila para transplantes no SUS para cada órgão ou tecido é única, e o atendimento é por ordem de chegada, considerados critérios técnicos, geográficos e de urgência – estes últimos prevalecem, no caso do fígado, para os quais o critério Model for End-Stage Liver Disease (Meld)/Pediatric End-Stage Liver Disease (Peld)² é adotado –

específicos para cada órgão, de acordo com a Portaria 91/GM/MS, de 23 de janeiro de 2003. A fila é disciplinada pela Portaria 3.407/GM/MS, de 05 de agosto de 1998. (MARINHO. CARDOSO. ALMEIDA. 2007)

A maioria dos transplantes ocorridos no Brasil no ano de 2012 foi de rins, como podemos ver na tabela do ministério da saúde:

Tabela 1- Transplantes realizados no Brasil - Órgãos Sólidos

TRANSPLANTES REALIZADOS EM 2012		
Órgãos Sólidos		
ORGÃO	QUANTIDADE	PMP
Coração	227	1,19
Fígado	1.576	8,26
Pâncreas	29	0,15
Pulmão	81	0,42
Rim	5.265	27,60
Rim/Pâncreas	122	0,64
Total	7.300	38,27

Fonte Ministério da Saúde. Ver <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/transplantes-old/links-transplantes/6775-transplantes-realizados-no-brasil-orgaos-solidos/>>

Outro fator que deve ser destacado também, são as problemáticas que trazem o transplante, algumas características dos órgãos transplantáveis:

1. São essenciais.

2. Não podem ser estocados por muito tempo (com exceção de ossos e medula) e somente podem ser utilizados uma vez. Um coração dura entre 4h e 6h, um pulmão texto para discussão | 1317 | dez 2007 11de 4h a 6h, um pâncreas entre 12h e 24h, um fígado entre 12h e 24h e 1 rim até 48h. Uma córnea pode durar até sete dias (BRASIL, sem data).

3. Têm pouco uso. Portanto, existe baixo custo de oportunidade, pois não há muito o que fazer com os órgãos doados, que se deterioram rapidamente.

4. Têm poucos substitutos, com exceção de rins que, durante algum tempo, e com baixa qualidade de vida, admitem as terapias renais substitutivas.

5. Os candidatos a receptores não comandam a aquisição dos órgãos. A aquisição é comandada pelos profissionais de saúde, o que configura um modelo do tipo principal/agente.

6. Existe elevada “capacidade ociosa”, pois há um desperdício considerável de órgãos. No Brasil, de cada 8 potenciais doadores, apenas 1 é notificado e somente 20% destes são utilizados como doadores de múltiplos órgãos (BRASIL, sem data).

7. Os doadores não comandam a oferta. São os profissionais de saúde que, em última instância, decidem se um órgão doado pode ser aproveitado e para quem ele pode ser cedido. (MARINHO. CARDOSO. ALMEIDA. 2007)

Com base nessas características, podemos compreender que a maioria do órgãos disponíveis para transplante não podem ser guardados, eles tem um tempo curto de duração, sendo assim todo o procedimento da captação do órgão ate a cirurgia tem que ser feito em questão de horas.

A demora no atendimento exerce impactos significativos sobre o bem-estar, às probabilidades de cura, a sobrevida dos enxertos e dos pacientes, a natureza e a extensão das sequelas nos pacientes, nos familiares envolvidos, e na sociedade. Pior situação ocorre quando, além de elevados, os prazos são imprevisíveis. Com tal agravante, as incertezas decorrentes da imprevisibilidade impedem o planejamento das vidas dos pacientes e dos seus familiares, da atuação do sistema de saúde e do funcionamento do sistema produtivo onde eles por ventura trabalhem. Tempo de espera elevado implica, além dos custos e sofrimentos dos pacientes na fila, o aproveitamento de órgãos de qualidade inferior, e a conseqüente redução do tempo de duração dos enxertos. Daí

advém o aumento na necessidade de retransplantes, a provável elevação das taxas de mortalidade pós-transplantes e a redução da sobrevivência atuarial da população transplantada. Outro efeito deletério da espera é a crescente elevação do número de transplantes intervivos, que pode ter impacto significativo sobre a vida dos doadores, incluindo a esperada elevação dos custos dos planos de saúde privados para os mesmos. Embora bastante seguros e com melhores expectativas de resultados, existe alguma evidência de que os transplantes intervivos (ao menos para o fígado) também são mais caros do que os realizados com doadores cadáveres. (ALMEIDA, CARDOSO e MARINHO 2007)

Sendo assim, é fácil notar que ainda há a falta de uma maior informação sobre essas informações com a sociedade, pois com tantas pessoas em listas de espera por um órgão, não podemos nos dar ao luxo de descartar uma parte dos que poucos que são doados:

(...) embora o número de transplantes realizados no Brasil tenha aumentado nos últimos cinco anos, o índice de captação de órgãos (cerca de seis doadores por milhão de habitantes por ano) é insuficiente quando comparado ao de países mais avançados, que atingem números superiores a 22 doadores por milhão. O problema da captação, alocação e qualidade dos órgãos para transplante em nosso meio é fortemente vinculado à desinformação do meio médico e da população em geral. “Muitos médicos simplesmente ignoram a legislação vigente sobre transplantes e não notificam a ocorrência de morte encefálica às Organizações de Procura de Órgãos (OPOs)” (GALVÃO et al, 2007, p. 4).

Muitas vezes o problema reside no fato de que a política de saúde não possibilita a efetiva e permanente realização de campanhas para doação, soma-se a problemas religiosos que muitas vezes contribui para a população em geral e a própria família do paciente não quer doar, ou seja, ainda há muita recusa em se fazer essa doação. Ainda assim, tem sido a família a maior doadora dados alguns fatores que abaixo sintetizados:

O segredo do sucesso na captação de órgãos está na busca da doação, que implica na procura ativa da família para a formalização do pedido. É o contrário da captação passiva, na qual a equipe de captação fica aguardando a doação

espontânea dos familiares. A busca também pode ser direta ou indireta. Entende-se por busca direta, a estratégia de captação em que a própria equipe pede a doação diretamente à família, sem intermediários. A busca é indireta quando transfere o encargo a terceiros, como médicos, enfermeiras, religiosos, agentes funerários e outros. Entretanto, como o pedido é sempre feito num momento desfavorável, é preciso que se adotem condutas de aproximação pessoal que criem condições propícias à doação, sem ferir sentimentos. Essas condutas são agrupadas sob o nome de técnicas de entrevista familiar. (BARRETO e SOUSA, 1999, p. 1).

Levando em conta que esse momento é muito delicado, quando se vai falar os familiares sobre a morte encefálica, a qual acontece quando todas as funções do cérebro param, e ela é irreversível. E que é a partir desse momento que a equipe, ainda geralmente integrante da própria Central de Transplantes é que se encarrega de falar com a família sobre a doação de órgão, assim mostrando que mesmo após a morte da pessoa ela ainda pode salvar várias vidas por intermédio de seus órgãos, ossos e pele. O ideal seria a sociedade já está amplamente esclarecida e ter tido essas explicações de forma geral muito antes de se deparar com a perda de um ente querido, inclusive em outros contatos com as equipes de saúde ao longo de sua vida.

Diante do exposto, afirmamos, de modo preliminar, que o Transplante de Órgãos na realidade brasileira, coaduna com um sistema precário. Apesar de ser um dos países que mais realiza transplante de órgão no mundo, o nosso sistema não é eficiente porque não consegue suprir a gigantesca demanda de órgãos. E essa ausência de órgãos se dá por dois motivos interdependentes: a população não confia no Estado para a realização da cirurgia por causa de inúmeros fatores, como a precariedade do sistema de saúde; e o desinteresse das próprias unidades de saúde em realizar a operação tendo em vista o alto custo que é abatido de sua rubrica orçamentária. (SILVA E SOUZA. p. 18)

No caso da diálise, após o diagnóstico de IRC o paciente é encaminhado para uma clínica de hemodiálise, e conseqüentemente já deve ser orientado para procurar o hospital de sua região que realize transplantes, para que assim possa começar a sua preparação por meio de exames, para entrar na lista de espera e assim realizar seu transplante, mas caso o paciente tenha alguém na

família com interesse de doar o rim, e o mesmo for compatível ele pode realizar logo seu transplante.

Fica evidente a necessidade de acompanhamento desses pacientes num momento tão singular de suas vidas, em que estão a espera dos transplantes, vislumbrando novas possibilidades, porém temerosos em relação a um futuro incerto. A dependência da dialise para sobreviver, além do enfrentamento das complicações que podem advir da doença Renal são desafiadoras, remetendo o paciente ao confronto com a morte e a descrença, ao mesmo tempo em que busca força e fé para lutar e manter-se na espera por um doador. (FLORES E THOMÉ. 2004. P. 690)

Considere-se também que o transplante Renal não é uma cura e sim uma forma de tratamento mais eficaz do que a hemodiálise, tanto que para manter-se bem após a cirurgia se faz necessário tomar remédios todos os dias, para que o corpo não venha a rejeitar o enxerto. Mesmo esse sendo o tratamento mais eficaz para a IRC, muitos pacientes ainda tem um certo receio de fazer o transplante e o mesmo não dá certo, e muitos fazem porém não tomam os remédios e não mantem uma vida saudável daí rejeitam o órgão e novamente voltam para a hemodiálise e conseqüentemente para a fila de espera por um novo transplante, por isso cabe a equipe do hospital dar uma boa orientação para os usuários explicando todos os benefícios e também todos os cuidados que devem ser tomados.

2.2 O Funcionamento do Transplante no Rio Grande do Norte

No RN, a unidade pública de referência para o transplante de rins é o Hospital Universitário Onofre Lopes, o qual é vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e atualmente gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O HUOL realiza atividades que envolvem ensino pesquisa e extensão, bem como assistência de alta complexidade aos

usuários do SUS, devendo atuar observando o que preconiza a Constituição Federal de 1988 e legislação ordinária.

No HUOL são realizados serviços de assistência médica de alta densidade tecnológica (mais conhecido como de alta complexidade) que efetivam o direito a saúde, o qual se articula as políticas de previdência social e assistência social, constituindo o tripé da seguridade social na constituição federal. O hospital além de está vinculado diretamente a reitoria da UFRN, se organiza como parte integrante do Sistema Único de Saúde, conforme é regulamentado pela Lei Orgânica da saúde Lei nº 8080/90, instituída em 1990.

Trata-se de um hospital de ensino com a missão de articular assistência com ensino, pesquisa e extensão, como dimensões inerentes à efetivação do direito a saúde e demais direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Assim, realiza serviços que efetivam o direito a saúde, buscando articular as demais políticas sociais, principalmente as integrantes do tripé da seguridade social, tais como previdência social e assistência social.

Segundo o artigo 45 e 46 da lei 8080/90

Art., 45, Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais. (BRASIL. Lei nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990)

Na condição de Hospital Universitário (HU) vinculado à reitoria da UFRN se organiza como parte integrante do Sistema Único de Saúde, conforme é regulamentado pela Lei Orgânica da saúde Lei nº 8080/90, instituída em 1990, encontra-se em processo de transição de sua gestão que foi transferida para a

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares² (EBSERH), através de um processo de adesão à citada empresa materializada no contrato assinado pela reitoria da UFRN no dia 29 de agosto de 2013, o qual transferiu a gestão da rede hospitalar da UFRN, quais sejam: Hospital Ana Bezerra, Onofre Lopes e Januário Cicco.

Conforme preconiza a definição adotada pelo Ministério da Educação, os hospitais Universitários:

(...) centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde.

Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. (BRASIL, 2014)

Além disso, o HUOL é norteado pelos princípios estabelecidos pelo SUS, e pela Política Nacional de Saúde (PNS). A qual tem o objetivo de reforçar a concepção Saúde como direito do cidadão e dever do estado, e obter a materialização de seus preceitos estabelecidos em lei.

A lei 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Preconiza o seguinte:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

² Empresa criada através da Lei Federal nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, com o estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661 de 28 de dezembro de 2011 que a qualifica como uma empresa pública de direito privado.

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O HUOL tem em suas especialidades a realização do transplante Renal, tendo o ambulatório de transplante que acompanha os pacientes, e é onde se realizam exames e consultas com nefrologistas, e também se dá a preparação para o transplante e também o acompanhamento após o mesmo.

Ressalte-se que todo paciente com insuficiência renal tem direito de fazer hemodiálise de graça, assim como também o transplante e todo o medicamento que tomará pelo resto da vida. Nesse sentido ao procurar o ambulatório de transplante o usuário é logo encaminhado para um nefrologista que de imediato já indicará todos os exames necessários para analisar se a pessoa esta apta a realizar o transplante. É nesse momento da realização dos exames que alguns pacientes desistem do mesmo, por vários motivos dentre os quais o fato de que os exames demoram para serem realizados, situação esta que requer urgente avaliação das causas desta demora. A esses problemas, se faz necessário acrescentar que há uma baixa procura dos usuários para a preparação para o transplante, se consideramos o numero de pessoas em diálise no RN.

Tabela 2- Transplantes e lista de espera 2013

	Córnea	Rim	Fígado	Coração
Necessidade estimada (2013)	285	190	79	19
Transplantes Realizados (2013)	171	50	3	0
Atual lista de espera de 2014.	70	86	0	0

Fonte: RBT/ABTO 2013

Conforme depoimento do representante da coordenação do ambulatório de preparação para o transplante do HUOL, em reunião plenária do Conselho Estadual de Saúde do RN (CES/RN), realizada em abril de 2014, os médicos

responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes em hemodiálise nas clínicas privadas não encaminham oficialmente a grande maioria dos pacientes em hemodiálise para a preparação para o transplante, e que esse é um fator que muitas vezes leva a ociosidade do ambulatório. Os poucos que conseguem chegar ao ambulatório ainda se deparam com as dificuldades de realizar todos os exames necessários. (Cf. CES/RN, 2014).

Conforme dados constantes nas atas de reuniões conjuntas do Conselho Municipal de Saúde de Natal (CMS/Natal) e do Conselho Estadual de Saúde do RN (CES/RN), a SESAP/RN começou a estruturar o HEMONORTE para realizar exames de histocompatibilidade desde 2002, adquirindo máquinas caríssimas, mas até 2006 não havia sido habilitado para realizar tais exames em razão das pressões do setor privado, no caso representado pelo HEMOVIDA, denunciando inclusive, que um dos diretores do HEMONORTE, era sócio do HEMOVIDA, que no mesmo período vinha agilizando a tramitação de sua habilitação para o mesmo fim. (Cf. Atas CMS/Natal – 2005/2006. CES/RN, 2006.). Atualmente ambos laboratórios estão habilitados e prestando serviços ao SUS/RN. E o laboratório análise clínica do HUOL é a principal referência para a maioria dos exames preparatórios para o cadastro do paciente na lista de espera para o transplante.

Além de atendimento ambulatorial em nefrologia e exames a preparação para o transplante requer assistência nutricional ambulatorial. Na nossa experiência de estágio no HUOL, constatamos que a assistência prestada não abrange o acompanhamento nutricional no ambulatório, o qual conforme previsto na portaria Nº 389 de 13 de março de 2014 deveria ser garantido dada a extrema importância da alimentação dos usuários para habilitação tanto do Pré-transplante quanto do pós-transplante. Para assegurar esse atendimento o HUOL deveria dispor de nutricionista com carga horária dedicada ao ambulatório, assim como tem para cobrir enfermarias e UTI.

Esse conjunto de dificuldades, concorre para que o RN tenha um baixo número de pessoas preparadas para o transplante renal alcançando uma média de 86 preparados representando muito pouco em relação ao número em hemodiálise que é tem sido em média 2200. E, principalmente se traduzindo em um baixo número de transplantes realizados no HUOL.

Segundo dados do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DataSus), o Brasil possui, atualmente, um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, sendo composto por 555 estabelecimentos de saúde e equipes médicas autorizados pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) a realizar o procedimento. O Sistema Nacional de Transplante (SNT) está presente em 25 estados da federação, através das Centrais Estaduais de Transplantes. No Rio Grande do Norte, funciona no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, na cidade do Natal. A fila de espera de transplante renal no Rio Grande do Norte, até o ano de 2009, era composta por 943 pacientes, sendo realizada a captação e transplante de 10 rins. No primeiro semestre de 2010, ocorreram 32 transplantes renais, todos realizados no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), na cidade do Natal-RN, sendo a unidade hospitalar de referência no estado em transplantes renais, autorizado pela inscrição 365/30/07/2010, e pelo SNT 20100RN01. (SILVA. 2011)

Tabela 3. Número absoluto de transplantes realizados entre 2006 2013 no Brasil e no Rio Grande do Norte.

Numero absoluto de transplantes	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RIM (Total) BRASIL	3.285	3.463	3.815	4.285	4.656	4.975	5.410	5.433
<i>Doador vivo</i>	1.760	1.714	1.780	1.742	1.655	1.650	1.499	1.373
<i>Doador falecido</i>	1.552	1.749	2.035	2.543	3.001	3.325	3.911	4.060
RIM (Total) RN	39	30	34	15	52	51	54	50
<i>Doador vivo</i>	24	8	11	5	8	11	9	4
<i>Doador falecido</i>	15	22	23	10	44	40	45	46

ABTO. 2013

A partir dessas tabelas percebemos que o Rio Grande do Norte ainda realiza poucos transplantes se comparado com outros estados, e também que matem uma faixa desde 2010 de mais ou menos 50 transplantes por ano, sendo a maioria deles por doador falecido. Dados da Central de Transplantes

mostram que até agosto de 2014 já foram realizados 54 transplantes de rins, e mostram também que diminuiu o índice de recusa familiar em doar os órgãos.

Apresentou aumento expressivo do número de notificações (de 47,7 para 55,9 PMP), em relação ao ano de 2012, não acompanhado de elevação no número de doadores efetivos, o que se deveu a um acréscimo no percentual de recusa familiar, que atingiu 61% do total das entrevistas realizadas. A análise preliminar das causas de não aceitação tende a demonstrar que, principalmente, a qualidade da assistência ao paciente falecido interfere na decisão familiar. Aumentou o número de equipes de transplante renal e voltou a realizar transplante de fígado no estado, após cinco anos. É um estado que tem conseguido manter um patamar de doações acima da média nacional e da Região Nordeste. (ABTO. 2013)

De fato, um dos graves problemas existentes no Estado do Rio grande do Norte consiste no desrespeito a lei 8.80/90 que define o caráter complementar do setor privado na prestação de serviços do SUS, haja vista que a hemodiálise é feita 100% em clínicas de diálise privadas contratadas pelo SUS/RN, ou seja, à SESAP/RN. Ressalte-se o fato de que a única clínica pública que existiu no RN integrava o ambulatório do HUOL, a qual se encontra desativada para a população há anos. Desde ano 2006 o HUOL só realiza diálise nos casos em que o paciente encontra-se internado no hospital e durante o internamento precise fazer esse tratamento. Desde então o hospital passou por várias e enormes reformas e ampliação e mesmo após várias ampliações e construção de várias enfermarias, ambulatórios e laboratórios, serviços de imagem, dentre outros, mas não se reativou o serviço de hemodiálise no HUOL.

Na realidade o que tem acontecido é que a população tem ficado nas mãos das clínicas privadas para fazer a diálise, sendo que na mesma clínica ficam pacientes do SUS e pacientes dos Planos Privados de Saúde, havendo muitas denúncias dos pacientes de que o tratamento é diferenciado e que os pacientes do SUS são discriminados, recebem assistência mais precárias que os dos planos privados, desde a portaria de entrada na clínica que são distintas em conforto e acessibilidade ao lanche oferecido. Conforme registro de denúncias constante em atas de plenária conjunta do CMS/Nata e CES/RN,

quem faz pelo pano de saúde recebe lanche melhor do que os pacientes do SUS.

Tendo em vista essa realidade no próximo capítulo procuramos refletir sobre as principais causas e fatores que levaram a ser desativada a hemodiálise no HUOL, e também a baixa frequência dos usuários no ambulatório de Transplante Renal.

3. AS CAUSAS DA DESATIVAÇÃO DO SERVIÇO DE DIÁLISE NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES

Segundo dados do Ministério da saúde cerca de 83,4 mil pacientes são mantidos em serviços de diálise na rede pública de saúde, sendo que 90% desse total fazem hemodiálise. O SUS oferece atenção integral aos usuários com problemas renais, incluindo a oferta de medicamentos e de exames complementares. (BRASIL, 2013) Entretanto, conforme demonstramos anteriormente, essa não é a realidade do RN, a qual 100% do tratamento ambulatorial de hemodiálise é realizado em clínica privadas contratadas pelo SUS/RN, haja vista que desde ano 2006, foi desativado o serviço que era prestado no HUOL.

Os problemas detectados pela COVISA (A Coordenadoria de Vigilância Sanitária) a qual verificou que as condições objetivas de prestação de serviços de hemodiálise no HUOL estavam inadequadas interditando o seu funcionamento mediante suspensão temporária até que se fizessem as melhorias necessárias. Os principais problemas identificados eram relativos à manutenção das máquinas e à qualidade do tratamento da água que não estavam atendendo os protocolos e parâmetros preconizados pela portaria nº 2042 de 11 de outubro de 1996.

A tais problemas, conforme denúncias registradas no Conselho Estadual de Saúde do RN (CES/RN), acrescentou-se o fato de havia insuficiência de nefrologistas na equipe, os 100% eram sócio das clínicas de hemodiálise conveniadas com o SUS ou de algum hospital privado, o que certamente concorre para que a referida a equipe seja propensa a não tomar iniciativas que priorize a luta pela reativação da hemodiálise no HUOL.

Na verdade, além de dificuldades operacionais envolvendo estrutura física e aquisição de máquinas, equipamentos e insumos, ao longo desse processo de interdição, a gestão do HUOL tem tido grandes dificuldades de constituir uma equipe de nefrologista para assumir a reativação da dialise.

Outro fato que merece destaque refere-se à baixa procura ao ambulatório para preparação para o transplante por parte dos pacientes que fazem hemodiálise nas clínicas privadas. Na verdade, conforme preconiza a portaria nº 389, de 13 de março de 2014, compete aos médicos das clínicas prestadoras de serviços de hemodiálise, encaminhar os pacientes logo a partir do momento que começarem a depender da diálise, devendo ser imediatamente encaminhados para a equipe do HUOL encarregada de começar a preparação para o transplante.

Porém, em geral isso não acontece! Os dados relativos ao pequeno número de pacientes preparados e cadastrados na fila para realizar o transplante são muito baixos em comparação ao número dos que dependem da diálise para viver. No caso do RN, diferentemente da realidade do Ceará, Pernambuco e São Paulo, a maioria leva muitos anos para procurarem o ambulatório de transplante, em grande parte por falta de encaminhamento e devida orientação. Assim, muitos já chegam com a saúde muito debilitada devido terem passado um longo período fazendo dialise, as principais consequências são:

Doença cardiovascular arteriosclerótica: Principal causa de morte e principal fator de limitação da sobrevivência a longo prazo. Os distúrbios do metabolismo lipídico parecem ser acentuados pela Hemodiálise. A insuficiência cardíaca congestiva, a doença cardíaca coronariana com dor anginosa, a apoplexia, a insuficiência vascular periférica e o acidente vascular cerebral podem incapacitar o paciente.

Anemia e fadiga: Podem ser causadas por perda hemática acelerada (por hemólise e sangramento) e por distúrbio da produção de eritropoietina. A insônia, fadiga e mal-estar geral são persistentes. A deterioração do bem-estar físico e emocional, falta de energia e de força, e a perda de interesse contribuem negativamente para a intensificação da anemia.

Infecção recorrente: O processo de hemodiálise faz com que o paciente tenha menor resistência às infecções. A exposição do sangue aos produtos do sangue e a materiais estranhos, pode causar infecção e bacteremia por gram negativos e gram positivos. Infecção local na área do shunt e nas fístulas e hepatite associada à hemodiálise.

Sangramento: O sangramento pode ser devido ao: sangramento por acúmulo de heparina; sangramento

gastrintestinal; hematoma subdural; pericardite hemorrágica e menorragia.

Alteração do metabolismo do cálcio: Pode resultar em: osteodistrofia renal (que produz dor óssea e fraturas); necrose asséptica do quadril; calcificação vascular e prurido incurável (coceira).

Ascite crônica: Pode ser devida à sobrecarga hídrica associada à insuficiência cardíaca congestiva, má nutrição (hipoalbuminemia) e diálise insuficiente.

Úlceras gástricas: Ocorrem a partir do stress fisiológico da doença crônica de base, dos medicamentos e de problemas correlatos.

Síndrome de desequilíbrio: Causada por alterações hidroeletrólíticas rápidas; pode produzir hipertensão, cefaleia, vômitos, convulsões, coma e problemas psiquiátricos. (HEMODIÁLISE, Disponível em <<http://www.mccorreia.com/diversos/hemodialise.htm>> acesso em 14/11/2014)

Atualmente a hemodiálise realizada no HUOL é restrita aos pacientes internados, principalmente na UTI, ainda assim, em muitos caso, mesmo internados no hospital, caso o paciente tenha condições de se locomover realiza a diálise na Clínica na qual costuma fazer ambulatoriamente e retorna ao leito, sendo providenciado o carro para levar e trazer o paciente e de volta ao hospital. Isso ocorre dada a falta de estrutura do HUOL para assegurar um capilar exclusivo para cada paciente, conforme protocolo para esse tipo de procedimento.

À desativação da hemodiálise no HUOL acrescenta-se a não garantia de assistência ambulatorial para a realização de tratamento conservador, o qual é considerado uma boa opção para os portadores de insuficiência Renal Crônica, por que consiste em tratar a insuficiência renal em pessoas que tenha perdido ate 50% das funções renais. Essa assistência possibilita adiar que a pessoa necessite precocemente de se submeter a hemodiálise. E quanto mais cedo for descoberta a doença, será possível preservas as funções renais por mais tempo e muitas vezes ate estabiliza-las.

No RN, esse tratamento é realizado pontualmente, quando algum nefrologista por inciativa própria resolve adotar esse tipo de tratamento, não há

uma política de saúde pactuada na Comissão Inter gestora Bipartite (BIPARTITE). Até a presente data, não há iniciativas e tampouco, investimentos nessa área, nem por parte do HUOL, nem da SESAP/RN que deveria assegurar serviços de referencia nas macro regiões.

No ambulatório do HUOL, por iniciativa do seu médico, há apenas um paciente realizando tratamento conservador. Supomos que pacientes que tem planos privados de saúde devem ter mais acesso a esse tipo de tratamento. Portanto, se existisse ambulatórios especializados nesse tipo de tratamento, haveria uma diminuição do número de pessoas em hemodiálise e também uma diminuição dos gastos do Estado com procedimentos de diálise nas clínicas privadas contratadas pelo SUS/RN.

Ademais, constatamos que o Estado do RN não realiza a biópsia renal com critérios expandidos, que possibilita uma análise mais precisa de enxerto. Trata-se de uma análise mais aprofundada que em geral aumenta a segurança na seleção de órgãos reduzindo o risco de que sejam descartados de forma desnecessária, aumentando as chances de ser aproveitado para transplante.

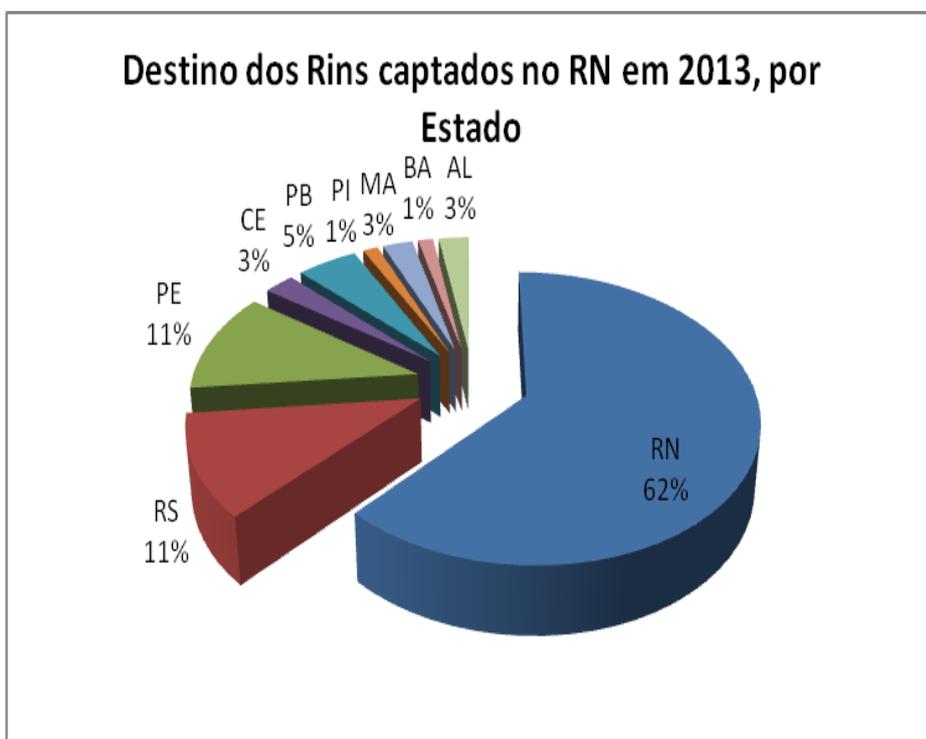
Face a tais empecilhos, principalmente a falta de medidas eficazes para orientar e encaminhar o paciente para a preparação para o transplante, registra-se uma baixa utilização da capacidade instalada no HUOL e conseqüentemente, no RN, há um número muito baixo de pacientes devidamente preparados e cadastrados na lista nacional aptos para serem transplantados razão pela qual grande parte dos rins doados no RN acabam sendo repassados para pacientes de outros Estados.

No ano de 2012 apenas 50% dos rins doados ficaram no Estado do RN, os outros foram ofertados para outros estados, já no ano de 2013 62% ficou no Rio Grande do Norte, o que já foi um grande aumento. O motivo para esses outros órgãos serem ofertados é pela falta de compatibilidade, pela recusa do médico. Neste caso se houvesse um número de maior de pessoas na fila, porque sabemos que não são somente essas pessoas que precisam de transplante, a possibilidade de compatibilidade seria maior e o rim poderia ficar no estado, outro fator importante é iniciarem a biópsia para analisar os órgãos com critérios expandidos, assim o número de transplantes também poderia crescer. Essa oferta é feita para outros estados, porque é uma lista única de espera em todo o Brasil, mas ela é regionalizada para puxar o ranking, por isso

quando não há pacientes compatíveis no RN, é puxada uma lista para outros estados e o órgão é ofertado para o SNT. (COSTA e MATOS, 2014)

Tais dados são reiterados nas informações apresentadas no gráfico elaborado pela Central de Transplante do RN, que demonstra como se deu a distribuição dos Rins doados em 2013, mostrando também para quais estados foram repassados:

Gráfico 1- Distribuição dos Rins captados em 2013.



Central de Transplantes do RN. 2013

Observe-se que do total de rins captados, 62% ficaram no RN, e 42% foram distribuídos para outros Estados. O que é considerado um índice muito grande e representa uma grande perda para aqueles que dependem de hemodiálise e sequer tem a chance de estar na lista apto a receber um rim. Certamente, com mais pacientes cadastrados, haveria maior possibilidades de que a grande maioria desses órgãos servissem para transplantar nossos conterrâneos.

Conforme dados da Central de Transplante do RN, em 2013 no mínimo 190 pacientes deveriam ter recebido transplante de rins, mas apenas 50 transplantes foram realizados. Ocorre que por não ter um baixo percentual de pessoas preparadas, apenas em média cerca de 86 pessoas, quantidade ínfima se considerado o elevado número de paciente em hemodiálise no RN, em média 2.200 (duas mil e duzentas). Concorrendo que muitas vezes se capta rins aqui no RN, mas não há compatibilidade com nenhuma das pessoas na lista do RN. Conseqüentemente o órgão é encaminhado para doação em outros estados. Isso é uma perda muito grande para o RN, pois se todos os órgãos captados no RN, resultasse em transplantes de pessoas do próprio Estado, reduziria o percentual de pessoas dependente de hemodiálise e isso obviamente não interessa aos vendedores de serviços de diálises no RN, mas deveria interessar à gestão do SUS/RN e do HUOL/UFRN, responsáveis pela política de transplante no RN.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, no Brasil existem cerca de 92 mil pacientes em diálise, e esse numero teve um aumento de 115% nos últimos 10 anos e deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano. O gasto com a hemodiálise e o transplante renal chega à faixa de 1,4 bilhões de reais por ano. (SBN, 2012)

Levantamento do Ministério da Saúde demonstra que o Brasil reduziu a quantidade de pessoas que aguardam por um transplante de órgão, nos últimos cinco anos. De acordo com dados do primeiro semestre de 2014, 37.736 pessoas estão na lista de espera, contra 64.774 em 2008 – o que representa uma queda de 41,7%. Essa redução está associada ao aumento de doadores efetivos no país, que subiu de 1.350, em 2008, para 2.562, em 2013, representando crescimento de 89,7%. (Ministério de Saúde, 2014)

Segundo dados do Serviço de transplante Renal da UNESP, mais de 80% dos transplantes no Brasil são feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Boa parte dos planos privados de saúde recusa-se a cobrir os custos desse tipo de tratamento, que pode variar entre R\$ 20.000,00 e R\$ 80.000,00. (Unidade de Transplante Renal, UNESP-Botucatu 2009), assim podemos perceber que o SUS quem acaba cobrindo a maioria dos gastos com os

portadores de IRC, desde a dialise até o transplante que devido o seu alto custo os planos não querem cobrir, pois após o transplante o paciente ainda continua frequentando o hospital frequentemente para realizar consultas e exames, e o mesmo ao sentir qualquer mal estar deve ser encaminhado para esse hospital onde tenha realizado o transplante.

Sabe-se que nem todo portador de IRC é um candidato a realizar o transplante, pois quem teve câncer ou esteja com algum tipo de infecção, ou tenha doença no coração ou fígado tem grandes chances de rejeitar o enxerto, mas cada caso deve ser analisado individualmente. Mas também há consensos de que a maioria dos pacientes em hemodiálise tem indicação para realizar o transplante e que é a única terapia que pode melhorar a qualidade de vida de quem perdeu a função renal. Portanto, no mínimo esses pacientes têm o direito de terem acesso às informações, de serem encaminhados e assegurados todos os procedimentos necessários para serem inseridos na lista nacional de acesso ao transplante renal, o que requer a sua preparação para o transplante face aos primeiros sinais de perda da função renal irreversível.

De acordo com dados do CES/RN, em reunião extraordinária realizada no dia vinte e um de dezembro de 2006, para discutir as denúncias feitas pelos usuários das clínicas privadas acerca dos problemas relativos ao acesso a hemodiálise, na ocasião o Diretor Social da Associação dos Pacientes Renais Crônicos e Transplantados – APREC/RN fez uma denúncia afirmando de que não existia nenhum programa de prevenção para a insuficiência Renal Crônica e também que havia a ausência de uma rigorosa triagem com os pacientes e dessa maneira os mesmos ficavam expostos aos interesses das clínicas privadas que não os encaminhavam para iniciar a preparação para transplante, e que muitas vezes pacientes que não necessitavam mais de dialise continuavam a fazer devido a falta de uma avaliação contínua. E na ocasião muitas denúncias foram feitas em relação às clínicas não orientarem os pacientes sobre os procedimentos necessários para o transplante, e também das disparidades existentes entre o tratamento do paciente do SUS e o do plano de Saúde, que eram desde os mais básicos desde um café até um cobertor na hora de realizar o procedimento. (Cf. Atas CMS/Natal –2006. CES/RN, 2006.)

Observe-se que após 8 anos da realização dessa plenária ainda persistem os mesmos problemas, conforme plenária realizada pelo CES/RN em abril de 2014, conforme dados apresentados pela Coordenação de do Programa de Preparação para o Transplantes no HUOL, há uma baixa procura de pacientes que realizam hemodiálise pelo SUS nas clínicas conveniadas e que se deve a falta de encaminhamento e orientação devida ao paciente. Considere-se que no RN existem nove clínicas de hemodiálise, atendendo nas cidades de Natal, Parnamirim, Mossoró, Caicó, Pau dos Ferros e Assu e juntas atendem cerca de 2.200 pacientes. E apenas 5% desses usuários são atendidos por plano de saúde o restante é usuário do SUS. (Cf. CES/RN- ATA, 2014).

Muitos dos problemas existentes referentes à preparação para o transplante renal foram tratados na ata 112ª reunião extraordinária do CES/RN vinte e sete dias do mês de março de 2014 que tratou da Política Estadual de Transplante Renais do RN e a realidade acerca do grau de informação e preparação dos pacientes oferecidos pelas clínicas, os representantes da comissão do HUOL destacaram diversas dificuldades enfrentadas pelo programa de preparação para o transplante renal, sobretudo que as orientações dadas pelo médicos e a realização de ações educativas que deveriam ser realizadas pelas clínicas e principalmente uma clara e segura orientação e encaminhamento do paciente para o ambulatório do HUOL, são decisivos para aumentar os índices de pacientes preparados para realizar o transplante no RN.

Conforme exposição do representante da Coordenação do Programa de Preparação para o Transplante do HUOL, a maioria dos pacientes não são encaminhados e quando são encaminhados, nos casos dos que residem no interior do Estado se deparam com muitas dificuldades em relação ao transporte para se dirigirem a unidade de tratamento, pois muitos municípios garantem o transporte somente para fazer diálise, porém, para exames ou acompanhamentos pós transplante não há regularidade, planejamento. (Cf. CES/RN- ATA, 2014).

Ficou patente a insuficiência na comunicação entre as clínicas de hemodiálise e o ambulatório de transplantes do HUOL, mais um fato indicador da falta de interesse da maioria dos médicos que são simultaneamente

funcionário da UFRN, lotados no HUOL, no ambulatório de Nefrologia e também trabalham nas Clínicas, como médicos e como sócios. O que em tese, deveria facilitar a comunicação e principalmente o rápido encaminhamento dos pacientes para a preparação para o transplante, uma vez que todos são amplos conhecedores do referido programa e da dinâmica de funcionamento do ambulatório no qual também prestam serviços.. (Cf. CES/RN- ATA, 2014).

A essa situação, o representante da coordenação do programa de preparação para o transplante do HUOL, acrescentou que também há a falta de comunicação das comissões de captação de órgãos. Esse problema é maior nos hospitais privados, acarreta uma maior dificuldade na própria captação dos órgãos que poderia ser maior. (Cf. CES/RN- ATA, 2014).

Vários conselheiros, lembraram as denúncias apresentadas pelo ex conselheiro Paulo Roberto, recentemente homenageado pelo CES/RN, por sua luta em defesa dos pacientes renais crônicos do RN, quanto o conhecido interesse dos donos das clínicas em manter os pacientes dependentes da hemodiálise por se tratar de um dos procedimentos mais caros pagos pelo SUS, e portanto da sua falta de interesse em incentivar encaminhar os pacientes ao programa de preparação para o transplantes (Cf. CES/RN –ATA, 2014).

Na 112ª plenária, após profícuo debate, o plenário do CES/RN aprovou as seguintes propostas:

- 1** – Ao autorizar o procedimento de hemodiálise, a SESAP/RN deve imediatamente encaminhar cópia do cadastro do paciente para a coordenação do Programa de Preparação para o Transplante do HUOL;
- 2** – A SESAP/RN deve estabelecer parceria com os municípios para planejamento e execução de campanhas educativas com vista à melhoria na prestação de serviços de tratamento fora de domicílio;
- 3** - Revisão dos contratos com as clínicas de diálise na perspectiva de incluir a obrigatoriedade de encaminhamento formal, por escrito, feito pelo médico

de cada paciente para a preparação do transplante no HUOL, devendo inclusive articular agendamento do atendimento;

- 4 - Encaminhar para a Bipartite a pactuação de um sistema de transporte para assegurar planejamento e regularidade no transporte a ser oferecido pelos municípios para viabilizar o acesso às consultas e realização de exames para preparação para o transplante no HUOL;
- 5 – SESAP/RN, deve providenciar, de imediato, dois patologistas para a capacitação em biopsia renal. (Cf. Atas CES/RN, 2014)

Atualmente gerenciado pela EBSEH, conforme previsto no seu plano de reestruturação do HUOL, o serviço de hemodiálise está funcionando para pacientes internados, porém sem habilitação do SUS (Cf. CNES/MS, 2013). Seu processo de habilitação está em curso junto ao Gestor Estadual. (EBSEH. Dimensionamento de serviços assistenciais e de ensino e pesquisa. 2013). Mas até a presente data, nenhum nefrologista do hospital aceitou assumir a coordenação dos trabalhos com vista à referida reabilitação.

Enquanto isso, a cada ano aumenta o número de pessoas em hemodiálise e de pessoas com IRC, tanto pela falta de controle da hipertensão e diabetes na atenção básica, agravada pela inexistência de tratamento conservador na rede pública e também porque quem entra em hemodiálise assim permanece dado o baixo grau de acesso à preparação para o transplante, imputando ao RN uma das mais baixas taxas de preparação do país.

Ficou muito claro que desde a sua desativação não houve efetivas medidas por parte da gestão do hospital no sentido de tomar iniciativas capazes de avançar na perspectiva de reativar a hemodiálise no ambulatório do HUOL, esse problema não foi incluído em nenhuma das reformas e ampliações feitas nos últimos anos que foram enormes e envolveram muitos recursos. E, sobretudo ficou notável que sequer há nefrologistas interessados e designados para tal finalidade, mesmo na atualidade em tempo de EBSEH, que a rigor tem mais facilidade de contratar pessoal e agilizar reformas e a ampliações.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitas as dificuldades existentes para que aconteça a reativação do serviço de hemodiálise na rede própria do SUS/RN. Neste estudo, constatamos que para reativar o serviço de Hemodiálise do HUOL e quem sabe um dia construir e implementar serviços nas macrorregiões de saúde do RN, se faz necessário uma grande mobilização da sociedade norte-rio-grandense comprometida com a defesa dos usuários do SUS, capaz de lutar também por uma efetiva política de assistência integral ao portador de insuficiência Renal Crônica capaz de prevenir e reduzir o risco da pessoa necessitarem de hemodiálise no RN.

Consta-se ainda uma verdadeira negligência que se traduz em negação dos direitos dos portadores de IRC, de terem acesso à informações e demais providencias para preparação para o transplante e garantia de sua inclusão no cadastro nacional de acesso ao transplante assim que iniciam o tratamento de hemodiálise, uma vez que para a DRC o transplante é o melhor tratamento, haja vista que não é indicado que se passe muitos anos realizando dialise, pois essa longa pratica acarreta alguns problemas, desde os hematomas ate problemas nos ossos. Infelizmente esse é o retrato da maioria dos paciente em hemodiálise do RN.

No caso do RN o paciente tem que ser encaminhado para o HUOL que é a unidade de referência do RN e retaguarda pública tanto pela preparação para o transplante, quanto para prestar assistência hospitalar para a realização do transplante renal.

Os motivos que envolvem a desativação do setor de hemodiálise do HUOL e a falta de providências para a sua reativação, são marcados pela mais completa obscuridade, falta de discussão, indiferença, não tem sido posta em pauta pela gestão e/ou Conselho de Administração do HUOL, nem pela SESAP/RN, principal responsável pela implemtação da politica integral de assistnencia ao renal crônico, nos temro sda Lei 8.080/90 e portarias vigente. Durante a elaboração deste trabalho, tivemos muitas dificuldades de conseguir documentos e infomrações sobre as causas da desativação e principalmente da pemrnência dessa situação até a prsente data. Encontramos indícios nas

discussões travadas no CES/RN, que são indicadoras de que na realidade o principal motivo reside no fato de que no RN, tem prevalecido os interesses dos donos das clínicas que prestam serviços de diálise ao SUS/RN, potencializado pelo fato de que alguns sócios são médicos nefrologistas que também trabalham no HUOL, mas é óbvio que essas articulações são maiores, as influências dos grupos que hegemonomizam a hemodiálise no RN, tem uma história de grande influência na gestão da saúde pública do RN, tendo leito deputados e vereadores que tem claro compromisso com seus interesses. Enquanto os usuários sequer tem entidades fortes e atuantes.

Não há dúvida de que a retivação do serviço de hemodiálise no HUOL, fortalecerá o SUS/RN, no sentido de ter retaguarda para esse serviço que hoje se encontra 100% nas mãos do setor privado, o que constitui uma insegurança para os usuários, sobretudo em momentos de renegociação de contratos, hoje o SUS é refém dos termos que as clínicas impõem por não dispor de nenhum serviço na rede própria. E a UFRN e o HUOL tem uma grande responsabilidade nesse processo. Deve assumir seu papel de retaguarda para SUS.

O alarmante número de aproximadamente 2.200 pacientes no RN em hemodiálise no RN revela a falta de assistência nos serviços básicos e ambulatoriais que se revelam incapazes de prevenir as doenças base para as DRC, como a hipertensão e diabetes.

Embora venha aumentando o número de transplantes, se considerado a história do RN, uma vez que o RN foi um dos últimos Estados brasileiros a implementar o transplante renal, comemora-se o fato de que até agosto de 2014, 54 transplantes haviam sido realizados no Estado. Esse dado deve ser amplamente divulgado para estimular tanto as doações de órgão, quanto para despertar e encorajar quem está em tratamento dialítico a se perguntarem porque não estão sendo beneficiados pelo programa de transplante. E, pressionarem seus médicos para encaminhá-los.

Por fim concluímos que é necessário que se tomem muitas iniciativas em relação à DRC no RN, priorar ações preventivas, que pelo número de pessoas em hemodiálise podemos inferir que está muito aquém. Quanto à preparação para o transplante, reiteramos as deliberações do CES/RN expostas no Capítulo 3 e, acrescentamos a necessidade de se realizar monitoramento das

ações realizadas por todos os profissionais do serviço público, dentre os quais o HUOL, principalmente daqueles que sejam sócio de serviços privados contratados pelo SUS, para inibir que atuem priorizando os interesses particularistas. Isso indica que jamais deve ser nomeado profissional que seja sócio das clínicas, o que inclusive contraria a Lei 8.80/90.

Além disso, concluímos que compete a SESAP/RN e às secretarias municipais de saúde, criar mecanismos de acompanhamento e controle, para exigir rapidez no encaminhamento e preparação para o transplante, assegurando o direito à vida com qualidade dos DRC. Inclusive instituindo sanções para aqueles que negligenciarem o acesso ao transplante.

Conforme dados CES/RN, até agosto de 2014, a SESAP/RN não havia tomado nenhuma providência nesse sentido, efetivar as deliberações do CES/RN, o qual deverá acionar o Ministério Público do RN, quanto as medidas acerca da falta de encaminhamento dos pacientes para a preparação para o transplante. Recomendamos que também se posicionem e tomem providências para que seja providenciada a reativação da diálise ambulatorial no HUOL uma vez, que está claro que essa reativação não vai se dar por livre iniciativa própria gestão da SESAP/RN e do próprio HUOL.

Por isso é muito importante que essa iniciativa seja da sociedade representada no CES/RN, sobretudo as entidades dos portadores de patologia que juntos com o Ministério Público/RN devem provocar iniciativas para que sejam tomadas as providências cabíveis para a reativação do referido serviço no HUOL, principalmente identificar as reformas necessárias e a aquisição de máquinas, insumos e contratação de pessoal o que requer prever no orçamento e em médio prazo. Finalizamos sugerindo, que em breve o CES/RN realize uma audiência pública para discutir amplamente tal questão.

V- REFERÊNCIAS

ANS. **MANUAL TÉCNICO Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 2007. 2ª Edição Revisada e Atualizada. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf. Acesso em: 20 set. 2014.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista. São Paulo: Ed. UDESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BARROS, R.B.; CASTRO, Adriana Miranda de. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, v9, n. 3.

BUSS, P.M. **Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde**. CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de (orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

BUSS. Paulo Marchiori e FILHO. Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. 2007.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Albertow. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Rio de Janeiro: Rev. Saúde Coletiva, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (serie B. textos Básicos em Saúde.)

BRASIL. 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).

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BRASIL. **LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997**. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm>. Acesso em: 15 set. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Portaria nº 2042 DE 11 DE OUTUBRO DE 1996. DOU Nº 199 DE 14/10/96**. 1996. Disponível em: <<http://www.pharmanet.com.br/legisla/p2042.htm>>. Acesso em: 10 out. 2014.

BRASIL. . **PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014**. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em: 27 set. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 15 ago. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. 2004.

DAURGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G., **Manual de diálise**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

EBSERH. **Dimensionamento de serviços assistenciais e de ensino e pesquisa**. 2013

COSTA, Marcia Richele Bezerra de. MATOS, Eduarda da Silva. **Relatório de Estágio**, 2014.

FLORES, Rosiele V. THMÉ, Elisabeth G. R. **Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal**, revista Brasileira de Enfermagem,

Brasília (DF) 2004 nov/dez, 57 (6): 687-90
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a11.pdf> acessado em 28/09/2014.>

LEGISLAÇÃO VIGENTE. Informações retiradas do site
<http://www.transplanterrenal.com.br/area_paciente.html>

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de Saúde: a negação da negação.** São Paulo: Vieira e Lent, 2004.

MARINHO, Alexandre. CARDOSO, Simone de Souza e ALMEIDA, Vivian Vicente .

Os Transplantes de órgãos nos Estados brasileiros. Rio de Janeiro, 2007. Ministério da Saúde. **POLÍTICAS DE SAÚDE DISPONÍVEL** no site
<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude_wiew?b_start:nt=28&-c=>

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. **OS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NOS ESTADOS BRASILEIROS.** 2007. ABTO. Disponível em:
<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Biblioteca_Teses/Textos/IPEA_1317.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2014.

MDS. **PNAS - Política Nacional de Assistência Social - Institucional.** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/assistencia-social/usuario/pnas-politica-nacional-de-assistencia-social-institucional>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1168/GM Em 15 de junho de 2004.** 2004.

Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde**, n. 8080, de 19 de setembro de 1990,

Brasília: Senado Federal, 1990.

Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde**, n. 8142, de 20 de dezembro de 1990, Brasília: Senado Federal: 1990.

TRANSPLANTE renal. Disponível em:
<<http://www.transplanterenal.com.br/duvidas.html>>. Acesso em: 30 out. 2014.
RBT Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.
Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2006-2013) Ano XIX Nº 4, 2013.

SILVA, Waldimeiry Corrêa da; SOUZA, Caio Humberto Ferreira Dória de. **O TRÁFICO DE ÓRGÃOS NO BRASIL E A LEI Nº 9.434/97**. 2013. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=0064f599ed0adb58>>. Acesso em: 15 out. 2014.

SILVA, Fernando de Souza. **HISTÓRIA ORAL DE VIDA DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS: novos caminhos a trilhar**, Natal 2011.