

EQUIDADE NO ACESSO AO TRANSPLANTE DE RIM COM DOADOR FALECIDO

EQUITY OF ACCESS TO KIDNEY TRANSPLANTATION WITH DECEASED DONOR IN THE STATE OF RIO DE JANEIRO

Priscila Ribeiro Campos Paura^(*)
Carlos Dimas Martins Ribeiro^(**)
Alúísio Gomes da Silva Júnior^(***)

RESUMO

No Brasil, o transplante é um direito da sociedade; entretanto, a escassez de órgãos de doadores falecidos tem refletido no aumento da demanda por transplante. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o acesso ao transplante de rim no Estado do Rio de Janeiro sob a ótica da equidade. Buscou-se pelos prontuários identificar e analisar dentre os não transplantados classificados para transplante de rim no ano de 2008 os fatores que dificultam o acesso, a partir das etapas necessárias para que o potencial receptor se submeta ao transplante. Baseou-se no consenso de que a Equidade é um princípio constitucional e do Sistema Único de Saúde e que as opções conceituais influenciam na escolha de critérios distributivos, nos indicadores utilizados para avaliar o grau de equidade e na interpretação dos resultados para efetividade das intervenções. Entre os resultados,

(*) Assistente Social, especialista em Direito Sanitário e mestranda em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense — UFF. Rio de Janeiro/RJ-Brasil. *E-mail*: <dimasribeiro@cremerj.org.br>.

(**) Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e professor do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF. Rio de Janeiro/RJ-Brasil.

(***) Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e professor do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF. Rio de Janeiro/RJ-Brasil. Recebido em 08.09.10. Aprovado em 10.09.10.

destaca-se o “soro vencido” como principal obstáculo de não transplante dentre os classificados, seguidos de “Não informado”, “Contato telefônico”; “Sem condições clínicas”; “Contra-indicação pela equipe transplantadora”; “Sem exame” e “Outros”. Contatou-se que o atual critério de seleção para transplante de rim apresenta inúmeros limites à implementação de forma equitativa, principalmente no que tange à organização da rede e no consumo de serviços de saúde. A política nacional de transplante apresenta ainda uma rede desarticulada que não é capaz de garantir o acesso às ações e serviços de saúde, não contemplando assim todas as necessidades de saúde da população usuária dos serviços de transplante no Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave

Acesso; Direito à Saúde; Equidade; Transplante de Órgãos.

ABSTRACT

In Brazil, the transplant is a right of society, however the shortage of organs from deceased donors has been reflected in increased demand for transplantation. In this context, this paper aims to analyze access to kidney transplantation in the State of Rio de Janeiro from the perspective of fairness. We sought to identify through the charts and analysis from the non-transplanted qualified for kidney transplantation in 2008 the factors that hinder access, from the steps required for the potential recipient to undergo transplantation. Based on the consensus that equity is a constitutional principle and the Health System and the conceptual options influence the choice of distributive criteria, the indicators used to assess the degree of equity and interpretation of results for the effectiveness of interventions. Among the results, we highlight the “serum loser” as the main obstacle is not classified among the transplant, followed by “not informed”, “Contact Phone”, “Without clinical conditions”; “Contra-indication for transplantation teams”; “without examination” and “Other”. It was noted that the current selection criteria for kidney transplantation has many limits to implement fairly, especially concerning the organization of the network and consumption of health services. The national policy on transplantation still presents a disjointed network that is unable to ensure access to the actions and health services, thus not allowing all health needs of the user population of transplant services in the State of Rio de Janeiro.

Keywords

Access; Equity; Organ Transplantation; Right to Health.

INTRODUÇÃO

Em 1997, foi sancionada a legislação vigente no Brasil, a Lei Federal n. 9.434⁽¹⁾ que trata sobre a disposição de órgãos e tecidos para transplante. A partir de então, diversos decretos, resoluções, portarias e lei foram publicados para instrumentalizar legalmente as atividades relacionadas ao processo de doação-transplante de órgãos e tecidos no Brasil.

No mesmo ano, foi criado, no âmbito do Ministério da Saúde, pelo Decreto Federal n. 2.268⁽²⁾, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT). A Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT) é o órgão responsável pela gestão do programa, é assistida por Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE) composta por órgãos, entidades e associações de interesses no transplante e assessorada tecnicamente pelas Câmaras Técnicas Nacionais (CTNs). Para execução das atividades de coordenação de logística e distribuição de órgãos e tecidos no processo de doação/transplante em âmbito nacional, a CGSNT conta com a Central Nacional de Transplante (CNT) que tem dentre outras atribuições o gerenciamento da alocação de órgãos e tecidos entre os Estados e Distrito Federal⁽³⁾.

A estrutura organizacional do SNT é desdobrada pelas demais unidades da Federação. Atualmente, existem vinte e três Centrais Estaduais e uma no Distrito Federal, que são as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Também integra o SNT, as CNCDOs Regionais, Organizações por Procura de Órgãos (OPOs), Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs), Equipes e Estabelecimentos Transplantadores⁽⁴⁾. No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, coube à Secretaria Estadual de Saúde instituir a CNCDO/RJ, Central de Transplantes do Rio de Janeiro (CTRJ) que é responsável pela coordenação de todos os processos relativos à doação-transplante de órgãos e tecidos no Estado.

O Sistema de “Lista Única” tem como objetivo organizar a lista de espera para os receptores de órgãos e tecidos provenientes de doadores falecidos. É constituído pelo conjunto de potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, ou estrangeiros residentes no país inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, e regulado por um

(1) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Brasília. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei9434.htm>>. Acesso em: 22 set. 2006.

(2) Id. Decreto n. 2.268. *Ministério da Saúde*. Brasília, 1997. Disponível em: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=>>. Acesso em: 10 jun. 2007.

(3) Id. Portaria GM/MS n. 2.600. *Diário Oficial da União*, 21 out. 2009.

(4) Id. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, Brasil. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 27 mar. 2009.

conjunto de critérios específicos para a distribuição deles a estes potenciais receptores, assim constituindo o Cadastro Técnico Único (CTU)⁽⁵⁾. Foi previsto na Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, preconizado no Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997 e na Portaria n. 3.407/GM, de 5 de agosto de 1998, mas foi após a publicação da Portaria GM n. 783, de 12 de abril de 2006⁽⁶⁾, que dispõe sobre a obrigatoriedade de uso do sistema informatizado do SNT para informações sobre doação e transplante e para o gerenciamento da lista de espera que o critério de alocação de transplante renal passa a ser o de compatibilidade HLA (antígenos leucocitários humanos).

Toda pessoa portadora de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico e sem contraindicações clínicas tem o direito a se inscrever no Sistema de Lista Única para transplante de rim da CNCDO local⁽⁷⁾. Para isso, deve procurar um hospital transplantador credenciado ao SNT que encaminhará o paciente à CNCDO local para efetivar sua inscrição. O paciente recebe um número de Registro (RGCT) vinculado ao Sistema informatizado do SNT, tornando-se assim um potencial receptor. Assim, toda pessoa com número de RGCT está legalmente inscrita no Cadastro Técnico Único (CTU) ou “Lista de Espera” de transplante com doador falecido.

Até julho de 2006, a seleção de potenciais receptores para transplante de rim era baseada no tempo de espera em Lista, ou seja, a posição dos candidatos estava diretamente relacionada ao tempo decorrido da data de inscrição no Sistema de Lista Única. Outros critérios excludentes e de classificação também eram considerados e, se atendidos, legitimavam o candidato inscrito há mais tempo a transplantar primeiro.

A partir de julho do mesmo ano, em cumprimento à Portaria n. 783/06, o sistema informatizado do SNT, considerou para fins de transplante de rim, como critério de alocação, a compatibilidade HLA, assim a seleção de potenciais receptores é processada mediante identidade ABO e por exame de histocompatibilidade, avaliadas as incompatibilidades no sistema HLA entre doador e receptor⁽⁸⁾.

O objetivo desta investigação é analisar o acesso ao transplante renal com doador falecido no Estado do Rio de Janeiro, sob a ótica da equidade, mediante identificação dos obstáculos para o não transplante entre os Potenciais Receptores listados mais pontuados para as doações de rim realizadas no ano de 2008.

(5) BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação sobre transplante no Brasil*. Brasília, 2003. (Série E. Legislação de Saúde).

(6) Id. Portaria GM/MS n. 783. *Diário Oficial da União*, 2006.

(7) Id. Portaria GM/MS n. 3.407. *Diário Oficial da União*, 06 ago. 1998.

(8) Id. Portaria GM/MS n. 2.600. *Diário Oficial da União*, 21 out. 2009.

I. MATERIAIS E MÉTODOS

No trabalho de campo, foram analisados 55 prontuários de doadores de rim, de janeiro a dezembro de 2008, da Central de Transplantes do Rio de Janeiro. As informações dos potenciais receptores selecionados ao transplante renal foram coletadas dos prontuários dos doadores e colocadas em uma planilha do Microsoft Excell®. Foram excluídos os prontuários dos doadores oriundos de outra unidade da Federação e os de doações ocorridas no Estado do Rio de Janeiro com receptores de outra unidade da Federação.

Foram coletadas as seguintes informações: Número de registro do doador e do receptor de órgãos e tecidos para transplante no Sistema Nacional de Transplante; a data em que o transplante foi realizado; posição em que o potencial receptor ocupa na listagem gerada a partir de cada doador efetivo e obstáculo alegado pelo potencial receptor ou equipe transplantadora para a não realização do transplante.

Os obstáculos alegados para a não realização do transplante seguiram a seguinte classificação: soro vencido (sim ou não); localização dos potenciais receptores por contato telefônico (sim ou não); condições clínicas adequadas (sim ou não); realização de exames pré-transplante (não realizado, incompleto ou vencido); *crossmatch* (positivo ou negativo); contraindicação alegada pela equipe transplantadora (sorologia positiva, isquemia prolongada ou incompatibilidade antropométrica), não informado e outros obstáculos (óbito, transplantado, não quer transplantar ou não compareceu à seleção).

Para a análise do material empírico, recorreu-se as etapas de exclusão ao transplante, onde foram identificados em cada etapa os obstáculos que fizeram com que o(s) mais pontuado(s) não transplantasse(m). Posteriormente, os obstáculos foram reagrupados por ordem de ocorrência e correlacionados com os aspectos da equidade.

1. O direito à saúde e a equidade na legislação brasileira

O direito à saúde é um dos principais direitos reconhecidos no Brasil. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) incorpora uma visão ampliada desse direito e do conceito de saúde⁽⁹⁾. A partir de sua publicação, surgem novos instrumentos normativos voltados à redução dos riscos de doenças e de outros agravos à saúde, bem como ao estabelecimento de condições que

(9) BRASIL. Constituição da República Federativa, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

possibilitem o acesso universal, igualitário e regionalizado às ações e serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde, para que este direito seja de fato uma realidade⁽¹⁰⁾.

Entretanto, cabe salientar que o direito à saúde é decorrente das opções político-constitucionais de uma sociedade, consagradas como “princípios fundamentais”. Para *Silva*, estes princípios “revelam a sua importância capital no contexto da Constituição”, pois seus artigos consagram a “matriz de todas as restantes normas constitucionais”, ou seja, é a partir dos princípios fundamentais, que todos os demais princípios ou normas devem derivar⁽¹¹⁾. Assim, o direito à saúde deve estar, sem prejuízo dos outros princípios, em consonância com os fundamentos da cidadania e da dignidade da pessoa humana, além de atender aos objetivos fundamentais de “construir uma sociedade livre, justa e solidária”; e de “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”⁽¹²⁾.

Mas como garantir o acesso à atenção à saúde a todos, nas suas necessidades legítimas, sem discriminação ou privilégio de qualquer natureza, disponibilizando as tecnologias adequadas — do ponto de vista ético e técnico —, em todos os níveis de atenção, por todos os entes federativos, de forma a alcançar a justiça social numa sociedade com tantas desigualdades sociais e econômicas?

Faz-se necessário então, recepcionar a categoria equidade como eixo estruturante rumo à justiça social de forma a reduzir as desigualdades econômicas e sociais e assim avançar na garantia aos princípios fundamentais constitucionais da dignidade da pessoa humana e da cidadania.

Explicitamente a categoria equidade é pouco utilizada na Carta Magna. Não a vemos nem entre os valores, princípios, objetivos, direitos e garantias fundamentais e nem entre os da ordem econômica e social, entretanto ela está presente dentre os artigos e no que os doutrinadores classificam como igualdade material⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾.

A igualdade em sua dimensão formal é reconhecida em diversas constituições enquanto “igualdade perante a lei”. Aplicam e tratam todos igualmente perante a lei, sem considerar as distinções dos grupos. Na Constituição cidadã, explicita que, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” e todos “são iguais em direitos e obrigações”⁽¹⁵⁾. A dimensão material é quando se especifica as características relevantes para um

(10) AITH, F. M. A. *Teoria geral do direito sanitário brasileiro*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. v. 1.

(11) SILVA, J. A. da. *Curso de direito constitucional positivo*. 18. ed. São Paulo: Malheiros Ed., 2000.

(12) CF/88 — art. 3º, I e III.

(13) AITH, F. M. A. op. cit., v. 1.

(14) SILVA, J. A. op. cit.

(15) CF/88 — art. 5º caput e inciso I.

tratamento igual, criando regras de proibição e de consentimento diante de certos fatores. Pode ser observada ao proibir distinções de salário por motivo de idade, de sexo, de estado civil ou de deficiência⁽¹⁶⁾. E quando consente distinção de condições em relação à idade, sexo e ocupação para aposentadoria⁽¹⁷⁾.

Aith defende que o princípio da equidade é diferente do da igualdade, mas que este em seu sentido material é essencialmente fundado no princípio da equidade. Assim, considera-se que a) estes princípios sejam distintos b) a Constituição apesar de declarar que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, permite o direito ao tratamento diferente a determinados grupos, fatores ou situações e c) este tratamento diferente é justificável constitucionalmente quando voltado a reduzir desigualdades sociais, geográficas e econômicas, ou erradicar a pobreza e a marginalização.

A equidade perpassa pelos diversos princípios e diretrizes do SUS, podendo ser expresso sob a ótica da **integralidade** no qual é exigido do Estado a organização de uma rede de atenção à saúde que garanta ao cidadão o acesso aos tratamentos necessários para as doenças de que são acometidos, considerando os níveis de atenção do sistema. Neste sentido, o acesso integral equitativo deve ser pautado pelo princípio da satisfação das necessidades de saúde da população usuária.

A **universalidade** é outro aspecto do princípio da equidade. No Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade é garantida pelo financiamento indireto na atenção à saúde, evitando-se que barreiras econômicas restrinjam seu acesso. Entretanto, os custos incorridos no consumo de serviços de saúde incluem também, aqueles de transporte (inclusive para o acompanhante), de espera para o atendimento, de aquisição de medicamento etc. Esses custos tendem a ser proporcionalmente maiores para os grupos de menor renda, que geralmente vivem em áreas onde a disponibilidade de serviços é menor, dificultando a utilização dos serviços que precisam. A universalização pressupõe assim a efetivação da acessibilidade⁽¹⁸⁾.

A equidade também tem sido utilizada sob a dimensão da **eficiência**. A Constituição orienta o mecanismo que deve ser utilizado para alcançar a eficiência do sistema que é a descentralização em uma rede regionalizada e hierarquizada. A eficiência é um dos novos princípios recepcionados pela administração pública, regida pela regra "da consecução do maior benefício com o menor custo possível"⁽¹⁹⁾. Desta forma, as ações e serviços do SUS devem ser hierarquizados, sendo executados por instituições pertencentes aos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e por instituições privadas conveniadas ou contratadas pelo SUS, visando atender

(16) CF/88, art. 7º, XXX e XXXI.

(17) Id., art. 40, III

(18) COHN, A. *A saúde como direito e como serviço*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

(19) AITH, F. M. A. op. cit., v. 1.

aos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Além disso, esta atenção deve ser regionalizada, compreendendo a noção de territorialidade (território-processo), não necessariamente restrito à abrangência municipal, objetivando a resolução de problemas e otimizando os recursos disponíveis⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

2. Os conceitos de equidade em saúde

As opções conceituais influenciam na escolha de critérios distributivos, nos indicadores utilizados para avaliar o grau de equidade e na interpretação dos resultados para efetividade das intervenções⁽²²⁾. Não existe uma única teoria de equidade, mas aquela socialmente aceita num contexto histórico, econômico e cultural, refletindo os valores dominantes de cada sociedade. Estes valores influenciam, de variadas formas, na formulação de políticas de saúde e na organização dos sistemas de saúde, sendo necessário definir o quer se quer igualar e como esta igualdade pode ser alcançada para que uma determinada sociedade seja considerada justa⁽²³⁾.

Desta forma, o conceito de equidade está vinculado a uma teoria de justiça distributiva capaz de estabelecer os parâmetros que permitem julgar a igualdade e desigualdade entre as pessoas e grupos. A Justiça distributiva se refere a uma “distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social”⁽²⁴⁾. Deve ser baseada em princípios, que são:

Princípio da Justiça formal — Fundamentada em *Aristóteles* que conceitua a justiça como: “iguais devem ser tratados de modo igual, e não-iguais devem ser tratados de modo não igual.” É um princípio formal, pois não oferece parâmetros de igualdade, diferente do princípio de justiça material que explícita, específica e refina os critérios relevantes a serem utilizados.

Princípio da justiça material: “a todas as pessoas uma parte igual”; “a cada um segundo a sua necessidade”; “a cada um de acordo com seu esforço”; “a cada um de acordo com sua contribuição”; “a cada um de acordo com seu merecimento”; “a cada um de acordo com as trocas do livre mercado.”

(20) ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2001.

(21) TRAVASSOS, C. M. R. *Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

(22) Id. *Ibid.*

(23) BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

(24) Id. *Ibid.*

Estes princípios podem ser usados no contexto de diversas políticas públicas e não necessariamente serem antagônicas. Na seguridade social brasileira, estão presentes alguns princípios: na previdência social, é usado o da “contribuição”, na saúde, “a todos uma parte igual” e na assistência social, “a cada um segundo a sua necessidade.”

Lucchese adota como ponto de partida para as novas definições do conceito de equidade em saúde, o defendido por *Whitehead* no qual “todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado”⁽²⁵⁾.

Numa perspectiva semelhante, *Beauchamp & Childress* discutem a regra da “Oportunidade Equitativa”, como uma regra de distribuição social que objetiva reduzir formas injustas de distribuição. Segundo a regra, deve ser oferecida à pessoa uma chance equitativa na vida, sempre que suas “propriedades desfavoráveis” não sejam de sua responsabilidade. Assim, a regra deve ser usada para mitigar os efeitos das loterias natural e social, nas quais todas as nossas habilidades e inabilidades são originadas. Desse modo, as inabilidades que restrinjam a liberdade de escolha do estilo de vida devem ser niveladas, quer pelos motivos de diferenças evitáveis (origem social), quanto pelas “desvantagens desditosas” (origem biológica)⁽²⁶⁾.

Turner diferencia quatro tipos de equidade⁽²⁷⁾. A primeira é a equidade ontológica como condição inerente aos seres humanos e referida à igualdade fundamental entre as pessoas. Pode se apresentar sobre variadas correntes religiosas e filosóficas.

A segunda é a equidade de oportunidades que compõe os princípios das doutrinas liberais e está na base da teoria social da meritocracia. Para esta perspectiva, dado um mesmo patamar de direitos (à vida, liberdade e a propriedade), o acesso as posições na estrutura ocupacional da sociedade deve ser resultado da competição entre os indivíduos, considerando-se apenas o mérito pessoal.

O terceiro tipo é a equidade de condições, segundo a qual as oportunidades iguais começam no ponto de partida, isto é, “apenas pessoas submetidas às mesmas condições de vida podem vir a ser consideradas ‘em igualdade’ para competir com base em habilidades e méritos individuais”⁽²⁸⁾. Esta concepção mais completa e complexa, dificilmente é alcançada sem

(25) LUCHESE, P. T. R. *Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução das desigualdades em saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

(26) BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. op. cit.

(27) DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 443-463, 2000.

(28) Id. *Ibid.*

significativa alteração no modelo econômico. Apenas a mudança no modelo social não seria capaz de alterar os aspectos estruturais na determinação do grau de mobilidade entre as diferentes classes sociais.

O quarto tipo é a equidade dos efeitos ou resultados que envolvem mudanças nos critérios de distribuição para a transformação das desigualdades de início em igualdade de conclusão. As medidas políticas ou legislação procuram compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais. A discriminação positiva age em favor de grupos menos privilegiados aumentando suas oportunidades e assegurando a equidade nos resultados.

Ao confrontar estes tipos de equidade, pode-se perceber que a CF/88 parte de um conceito formal de igualdade, refletindo na equidade de oportunidade, mas existe uma intencionalidade do constituinte expressa na preocupação de erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades pelos ditames da justiça social. Assim, tenta-se alcançar a equidade de condições, embora o que se consegue, efetivamente, é mitigar os efeitos das desigualdades mediante políticas que tentem garantir equidade nos resultados.

Este contexto é decorrente do momento em que a constituição cidadã foi gestada e reflete a correlação de forças na disputa de poderes daquele momento histórico. Por mais avanço que tenha havido em relação aos direitos sociais, o avanço referente à ordem econômica ainda não foi suficiente para imprimir uma mudança estrutural na sociedade brasileira. Desta forma, aqueles que não se sobressaem pelos seus méritos ou esforços, ficam sujeitos às políticas de discriminação positiva.

Para *Travassos*, é importante distinguir o conceito de *equidade em saúde* do conceito de *equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde*. No que se refere à equidade em saúde, sabe-se que existe uma forte correlação entre indicadores sanitários, *renda per capita* e nível educacional. A influência do social no adoecer, resulta no fato de os grupos sociais apresentarem demandas diversas aos diferentes serviços de saúde, tanto em termos de volume, quanto tipo de problema e nível de complexidade, de acordo com suas necessidades em saúde. Assim, as diferenças dos grupos social e economicamente mais vulneráveis precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime⁽²⁹⁾.

O conceito de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde refere-se à igualdade de acesso aos serviços de saúde, considerado por *Turner* como igualdade de oportunidade. Pode ser analisado a partir de duas dimensões complementares: a geográfica (equidade horizontal) e a social (equidade vertical).

(29) TRAVASSOS, C. M. R. op. cit., p. 325-330.

A dimensão geográfica analisa as possibilidades de consumo dos serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com iguais necessidades de saúde (intranecessidades). Neste caso, adota-se o conceito de equidade horizontal, mantendo as desigualdades existentes previamente à entrada no sistema, compara a utilização de serviços de saúde entre áreas geográficas e pode ser mensurada a partir da análise de taxas de utilização entre regiões/estados/municípios. As variações geográficas refletem a capacidade local de financiamento, o tamanho e a complexidade da rede de serviços, a pluralidade do atual sistema de saúde e a capacidade de compra de serviços de saúde das populações locais. Variações nessas taxas expressam desigualdades geográficas, mas não necessariamente as sociais^{(30) (31)}.

A dimensão social analisa as possibilidades de consumo dos serviços de saúde entre os diferentes grupos sociais (intra-áreas). Neste caso adota-se o conceito de equidade vertical, pois o tratamento é desigual para grupos sociais com as mesmas necessidades dentro de uma mesma região. Reflete o caráter seletivo do sistema de saúde, pois a organização local desses serviços impacta diretamente o perfil de desigualdades entre estes grupos. A desigualdade encontrada provoca um padrão de uso desigual. As variações existentes nos sistemas de saúde locais podem reduzir ou ampliar essas desigualdades.

II. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos prontuários analisados, foram identificados 55 doadores de rins que beneficiaram 96 receptores no Estado do Rio de Janeiro.

Nestas ocorrências de doações, foram identificadas 954 potenciais receptores classificados, com posição anterior ao selecionado para transplante, que foram excluídos, por diversos obstáculos, nas diferentes etapas observadas para realização do transplante.

1. Etapas para a realização do transplante

Para que o potencial receptor do órgão possa transplantar, não basta que ele esteja inscrito na lista única. É necessário que o potencial receptor

(30) TRAVASSOS, C. M. R. op. cit., p. 325-330.

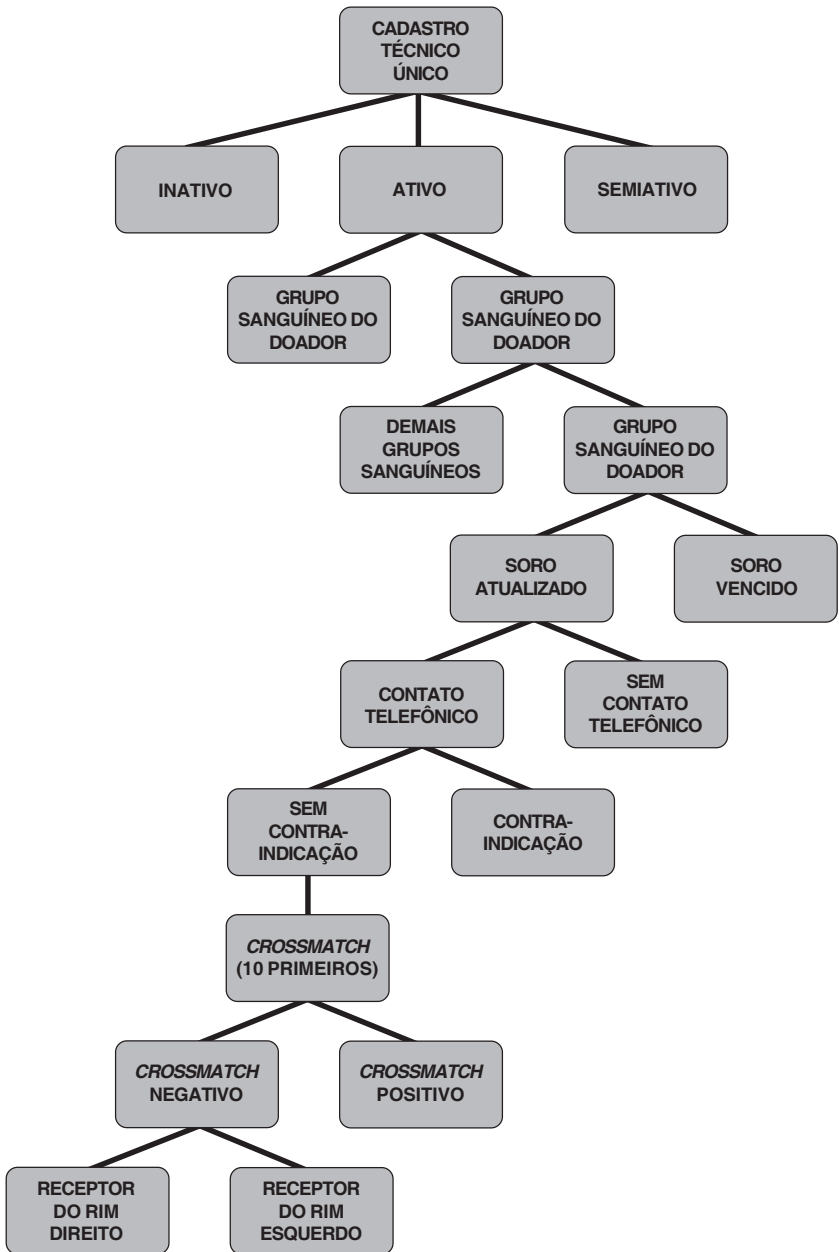
(31) TRAVASSOS, C. M. R. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

esteja apto para o transplante; para isso, seu registro no sistema informatizado deve constar a informação sobre o *status* como “ativo”. Isto quer dizer que os inscritos que não estejam com *status* “ativo”, estarão categorizados como “semiativo” (afastados temporariamente) ou “removido” (afastado definitivamente). Os semiativos são os potenciais receptores que foram afastados temporariamente, devido às condições clínico-laboratorial, por suspensão da equipe ou por perda de seguimento. Os removidos são aqueles que se encontram no cadastro técnico único, mas que foram afastados definitivamente em virtude de óbito, transplante, contra-indicação absoluta, desistência, abandono de tratamento ou transferência para outra CNCDO⁽³²⁾.

Além do *status*, outras condições se fazem necessárias para que o inscrito se submeta ao transplante, que são: a) estar com a soroteca atualizada (amostra do soro do receptor); b) com os exames para estudo de pré-transplante em dia (avaliação clínico-laboratorial); c) ser localizado rapidamente via telefone; d) encontrar-se em condições de saúde básicas para se submeter a uma cirurgia de alto risco; e) conseguir comparecer em tempo hábil para a avaliação clínica que precede os instantes da cirurgia. Além destes, também são considerados os resultados do *crossmatch*⁽³³⁾, PRA, do grupo sanguíneo e do HLA como fatores excludentes de um candidato a transplante renal.

(32) BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.600. *Diário Oficial da União*, 21 out. 2009.

(33) Prova cruzada, exame que compara o nível de rejeição do sangue do doador com o do receptor.



1ª Etapa — Critérios de alocação e sistema de pontuação (critérios de inclusão, exclusão, desempate e urgência)

Considerando os números da Central de Transplante do Rio de Janeiro (CTRJ) do ano de 2008, dos 3.466 potenciais receptores, em torno de 870 conseguiram participar do processo seletivo, já que os demais estavam afastados temporariamente. Diante de um doador específico, dentre os ativos de todos os grupos sanguíneos, excluídos os potenciais receptores sem identidade **ABO**, ocorre a distribuição dos órgãos pelo sistema informatizado, gerando a listagem dos mais pontuados. A partir desta listagem, dá-se início à 2ª etapa do processo de seleção do candidato a transplante de rim.

2ª Etapa — Listagem dos mais pontuados (verificação da exclusão por Soro Vencido)

É a partir da relação nominal dos mais pontuados que a Central de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos e tecidos (CNCDO) tem acesso ao nome de quem deverá transplantar. Nesta listagem, consta, dentre outras informações, o **RGCT** do potencial receptor, o centro transplantador a que está vinculado, sua pontuação, classificação e a data do último soro.

Com a informação sobre a data do último soro, identifica-se aqueles que serão excluídos pelo obstáculo “soro vencido”, já que o sangue deste não poderá ser submetido ao *crossmatch* (exame de prova cruzada). Este foi o principal obstáculo identificado para a não realização do transplante no ano de 2008, somando 635 pessoas que deixaram de transplantar por este obstáculo, no momento do *ranking*. Das 954 pessoas que perderam a oportunidade de transplantar no referido ano, este item representou 66,6% do total dentre todos os obstáculos identificados.

Dois exames são fundamentais para a realização do transplante: o *crossmatch* (prova cruzada) e a reatividade de anticorpos contra painel (PRA). O primeiro é um exame realizado entre o sangue do doador e do potencial receptor para constatar o risco de rejeição crônica, quando o resultado é negativo significa que este risco é controlado e quando o resultado é positivo significa que o risco de rejeição é aumentado. O segundo exame é o PRA que avalia a probabilidade do paciente encontrar doador contra o qual apresente *crossmatch* positivo em dada população, evitando assim que haja transplante com doador que possua antígenos contra os quais o receptor já apresenta anticorpos.

3ª Etapa — Contato com os potenciais receptores (momento pré-*crossmatch*)

Após a exclusão dos que estavam com o soro vencido, inicia-se a etapa de contato telefônico com os potenciais receptores classificados. Os números

são informados pelos próprios pacientes ou seus representantes legais na época da inscrição e devem ser atualizados a qualquer momento em caso de alteração.

Entretanto, não é incomum identificar problemas por este meio de comunicação, apesar de atualmente ser a forma mais efetiva de contato em curto espaço de tempo. Os principais problemas identificados nesta etapa foram a existência de números desatualizados ou errados, telefones atendidos por pessoa que desconhece o potencial receptor, celular que não completa chamada ou que está fora da área de cobertura, além do número de conhecidos que não se prontificam em dar recado.

Foi tentado contato com 318 potenciais receptores, mas destes 62 (20%) apresentaram algum dos problemas acima elencados, sendo então contactados 256 (80%) potenciais receptores.

Este contato objetiva obter informação sobre a atual condição de saúde do potencial receptor e sobre a atualização de seus exames, identificando assim 10 (dez) potenciais receptores em que será realizado o exame de prova cruzada. As respostas recebidas neste contato geram uma nova etapa de exclusões, já que nem todos os “ativos” encontravam-se em condições de transplantar.

4ª Etapa — Contatados (Avaliação pré-crossmatch)

Dos 256 contactados, 115 passaram para a etapa seguinte e 141 foram excluídos nesta etapa. Foram identificados os seguintes obstáculos que levaram a exclusão do transplante:

Sem exames — potenciais receptores que alegam ao telefone não terem concluído a realização de exames pré-transplante solicitados pela equipe transplantadora, os que nunca realizaram exames ou os que apresentam exames desatualizados. Representou nesta etapa 8,5% dos obstáculos identificados com 12 relatos.

Sem condições clínicas — Potenciais Receptores que deveriam ser afastados temporariamente para tratamento de saúde e que não avisaram ao centro transplantador ou que este não oficializou a informação à CNCDO.

Este obstáculo representou a principal causa de exclusão nesta etapa. Seus 27 relatos corresponderam a 19% dos casos de não transplante. Foram relatadas situações de cirurgias pré-marcadas, doenças diagnosticadas há poucos dias ou há alguns meses.

Contraindicações pela equipe transplantadora — os obstáculos categorizados neste item não se referem especificamente a problemas de saúde do potencial receptor, mas a aspectos como as condições administrativas da equipe ou do hospital em realizar o transplante, os fatores

circunstanciais de uma doação como a incompatibilidade antropométrica entre doador e receptor, o tempo de isquemia prolongada agravada pelo fator geográfico e o resultado de sorologia positiva no doador em receptor com o mesmo marcador viral negativo. Com 17 relatos, este obstáculo foi responsável por 12% das justificativas nesta etapa.

Não informado — os obstáculos não identificados corresponderam a 51,4% com 73 situações observadas.

Outros — Transplantado, falecido, ou paciente contatado, mas que ao telefone alegou não querer transplantar naquele momento. Com 13 relatos, correspondeu a 9,2% desta etapa.

5ª Etapa — Crossmatch (Prova cruzada)

Foram submetidos a 5ª etapa, 115 potenciais receptores, sendo que 61 (53%) foram para a próxima etapa, já que os outros 54 (47%) tiveram resultado positivo no exame.

6ª Etapa — Avaliação pós-crossmatch (Avaliação pela equipe transplantadora)

A avaliação pós-crossmatch é a última etapa que antecede ao transplante. Dos 61 potenciais receptores que tiveram resultado negativo na prova cruzada e foram encaminhados para o hospital avaliador, foram identificados os seguintes obstáculos para exclusão no transplante: sem condições clínicas 25% (15 relatos), contraindicação pela equipe transplantadora 11% (7), sem exame 16% (10), outros 5% (3) e não informado 43% (26 relatos).

2. Principais obstáculos para a realização dos transplantes

Ao reordenar os dados por “obstáculos”, ao invés de por “etapas”, apareceram em ordem decrescente os seguintes percentuais: soro vencido (70,6%), não informado (11%), contato telefônico (6,9%), sem condições clínicas (4,7%), contraindicação pela equipe transplantadora (2,7%), sem exame (2,4%) e outros (1,8%).

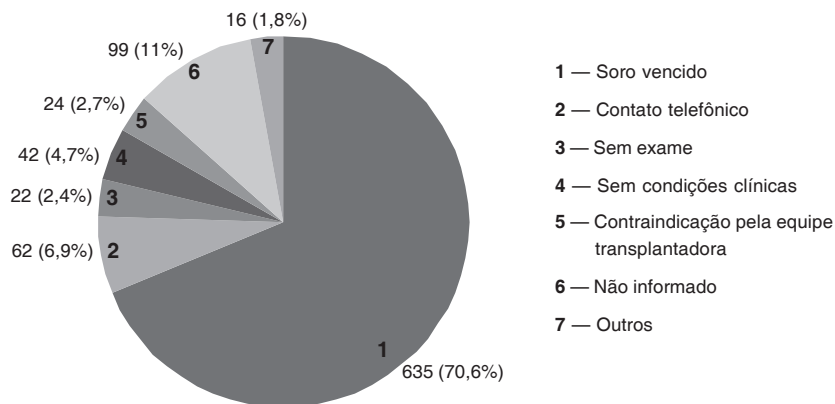


Gráfico 1 — Obstáculos de não transplante dentre os classificados do ano de 2008.

2.1. Soro vencido

A coleta e processamento do sangue (soro) necessários para realizar o PRA e o *Crossmatch* são realizados pelo Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), instituição pública, de qualidade reconhecida, que funciona diariamente atendendo os potenciais receptores de transplante de rim com doador falecido, conseguindo atender toda a demanda da lista de espera. Apesar de não haver pesquisa com dados sobre os principais obstáculos de falta no comparecimento trimestral ao HEMORIO pelo potencial receptor, pode-se elencar algumas hipóteses que podem se constituir em barreiras de acesso aos exames. Em relação à organização do serviço: apenas um local realiza coleta e processamento do sangue dos potenciais receptores provenientes das diversas regiões do Estado; este deslocamento muitas vezes é distante e carente de meios de transporte disponíveis e gratuitos; tem que ser feito impreterivelmente a cada 90 dias; e o horário de funcionamento é limitado. Soma-se a isto, a hipótese de que a socialização da informação sobre a mudança recente do modelo de escolha do potencial receptor pode não estar ocorrendo de forma eficaz, além do fato de que esta população usuária frequentemente vive momentos de indisposição e de comorbidades, características da insuficiência renal crônica.

As dificuldades socioeconômicas e as condições clínicas adversas dos potenciais receptores não são exclusivos ao Estado do Rio de Janeiro, e a legislação vigente já apresenta alternativa de enfrentamento deste problema, responsabilizando os centros de diálise no envio periódico do soro de seus

pacientes inscritos no Cadastro Técnico Único para transplante ao laboratório de histocompatibilidade a ele referenciado⁽³⁴⁾. Com raras exceções, os mais de 90 centros de diálise no Estado, das diversas naturezas de gestão, com muito ou poucos inscritos, não cumpre a referida resolução.

Durante o cadastramento de transplante renal realizado pela Central de Transplante do Rio de Janeiro, no final do ano de 2008, foi possível identificar algumas das dificuldades vivenciadas pelos potenciais receptores e seus familiares. Dentre os relatos dos que residiam em municípios distantes da capital do Estado, ressalta-se um dos grupos que, para comparecer ao cadastramento, tinham que ser transportados por veículo do município, precisando embarcar na noite anterior, junto com alguns outros munícipes portadores de outras patologias e que provavelmente só chegariam às suas residências ao anoitecer. Embora o transporte tenha sido disponibilizado pelo município, o custo com as refeições necessárias seriam pagas pelos próprios pacientes, enfatizando-se que trata-se de uma população que tem restrições alimentares.

Assim, os custos tendem a ser proporcionalmente maiores para quem reside distante dos serviços de saúde e com menor renda que é duplamente vitimado, primeiro por ter renda abaixo do necessário para gerir suas necessidades em saúde e segundo por, geralmente, residir em locais com pouca disponibilidade de serviços de saúde, o que demanda maior dependência da rede social de apoio de que disponha.

Neste aspecto, o princípio da equidade pode ser analisado sob a ótica tanto da eficiência quanto sob o da universalidade. A “gratuidade” necessária para a efetivação da universalidade deve ser observada para que as barreiras econômicas não restrinjam o seu uso. Neste sentido, o custo com a locomoção, o tempo de espera para atendimento e deslocamento, a alimentação dos que vêm de localidades distantes, entre outros aspectos, devem ser considerados no planejamento de serviços voltados a atender à necessidade da população usuária dos serviços de transplante.

Como aponta *Cohn*, a disponibilidade pela presença física de um serviço não é o único fator que deva ser considerado, mas também o poder de utilização que o usuário dispõe, a legitimidade do fluxo de referência com seus horários e rotinas e as resistências que são oferecidas pelos próprios serviços⁽³⁵⁾.

(34) BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n. 154, de 15 de junho de 2004. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/16440-154>>. Acesso em: 20 jun. 2010. 4.6.3. O serviço de diálise deve encaminhar formalmente o paciente, acompanhado do relatório médico atualizado, ao estabelecimento e equipe escolhidos para realização do transplante, comprometendo-se a encaminhar, trimestralmente, amostras do soro coletado, além de informar a situação clínica e o status em lista de espera.

(35) COHN, A. op. cit.

Sob a ótica da eficiência, a Constituição aponta para a descentralização do SUS em uma rede regionalizada e hierarquizada, de modo que os Hemonúcleos poderiam ser utilizados como ponto de coleta regionalizado, fazendo com que a distribuição geográfica no uso e no consumo dos serviços de saúde não venha determinar desigualdades evitáveis.

2.2. Contato telefônico

Esta etapa traz diversas implicações que merecem ser consideradas: quem faz o contato telefônico, o acesso a este meio de comunicação, o tempo destinado a esta etapa e a informação sobre o processo de seleção.

No Estado do Rio de Janeiro, historicamente, quem faz o contato com o potencial receptor de transplante renal é a CNCDO. Situação esta bastante limitada por legalmente não ser atribuição desta instituição. Apesar da legislação em vigor não proibir esta prática, a responsabilidade pelo contato com seu paciente é da equipe transplantadora. No caso dos demais órgãos e tecidos, quem faz este contato é a equipe transplantadora, assim como nos demais Estados da Federação o potencial receptor de rim é responsabilidade do Centro transplantador que o inscreve.

Estas situações dificilmente acontecem nos serviços de Campos, pois quando um potencial receptor é selecionado, os médicos responsáveis pelas duas equipes da região são acionados, informando à Central de Transplantes do Rio de Janeiro (CTRJ) se o paciente está preparado e se responsabilizando pela comunicação ao seu paciente das etapas seguintes.

Em alguns casos, pode-se observar um componente socioeconômico quando é identificado que os únicos números de contatos são os do centro de diálise, de pessoas conhecidas ou da associação de moradores. Nesta fase faz-se necessário que o paciente tenha acesso aos meios de comunicação capazes de contatá-lo, inclusive nos finais de semana e madrugada. A necessidade de rápida localização explica-se pela importância no limite de tempo da isquemia fria que o órgão a ser implantado deve ter. Quanto maior for o tempo despendido na localização do paciente, maior poderá ser o tempo de definição de quem irá receber o(s) órgão(s) doado(s), podendo refletir no tempo de isquemia fria e, conseqüentemente, na qualidade do enxerto implantado.

2.3. Sem exame

Segundo *Castro*, é uma temeridade submeter alguém à cirurgia sem avaliação pré-transplante adequada, sendo recomendado o estudo e preparo pré-transplante feito pela equipe transplantadora com revalidação ao

menos anual. “Não raro, problemas como tumores, obstruções coronarianas severas, infecções crônicas, graves, são detectados no momento do estudo pré-transplante.”⁽³⁶⁾

Este obstáculo aparece em duas situações: no contato telefônico e na fase pós-crossmatch. No primeiro momento, quem diz se os exames estão em dia e se o resultado é favorável ao transplante é o próprio paciente ou seu responsável. No segundo, quem informa é o profissional da equipe de transplante, obviamente com outra leitura do que significa estar com os exames em dia.

A legislação não era clara sobre a responsabilidade institucional na realização de exames para estudo pré-transplante. Havia um consenso tácito de que o hospital transplantador deveria absorver a demanda de exames ao inscrever o potencial receptor. Por outro lado, há os profissionais de saúde e gestores hospitalares que defendiam que qualquer instituição pública ou conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) poderia realizar estes exames, responsabilizando assim os municípios na absorção desta demanda.

Em setembro de 2008, foi publicada Portaria GM/MS n. 2.041, que dentre outras disposições, estabelece remuneração na realização de exames para inclusão de pacientes em lista de transplante. No ano seguinte, a Portaria n. 2600/09 ratifica o pagamento destes exames. Embora isto tenha sido um grande avanço, conforme demonstrado neste estudo, as pessoas não conseguem transplantar antes do vencimento de seus exames, sendo necessárias, na maior parte dos casos, diversas renovações, que não foram cobertas pela nova Portaria^{(37) (38)}.

No ano de 2008, tinham seis equipes cadastradas que realizavam este estudo pré-transplante e absorviam mais de 95% da demanda. Destes, nem sempre todos se encontravam em condições de realizar o transplante (implante), atuando apenas no acompanhamento pré-operatório aos potenciais receptores. Três estão localizados no município do Rio — Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital Geral de Bonsucesso e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho —, dois no município de Campos — **PRORIM** e Hospital Municipal Álvaro Alvim — e um em Niterói — Hospital Universitário Antônio Pedro.

Estes seis hospitais, que antes da mudança do critério de alocação de rim se programavam para preparar os primeiros de cada grupo sanguíneo, têm que, semestralmente, agendar consulta, realizar exames, remarcar a

(36) CASTRO, M. C. R. A ABTO e o transplante de órgãos e tecidos no Brasil, 20 out. 2006. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/AABTOeoTransplante.aspx>>. Acesso em: 21 out. 2006.

(37) BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.600. *Diário Oficial da União*, 21 out. 2009.

(38) Id. Portaria GM/MS n. 2.041. *Diário Oficial da União*, 25 set. 2008.

consulta para avaliação dos resultados dos exames e, não raramente, encaminhar para outros serviços aqueles que apresentaram alteração nos resultados, acompanhando-os até a solução do problema. O resultado é que nem os Hospitais transplantadores e nem as equipes transplantadoras (vinculadas a estes hospitais) têm conseguido atender à demanda. Como consequência, os potenciais receptores que não conseguem ficar preparados são excluídos da seleção de transplante ou, no caso de alguns poucos privilegiados, recorrer à saúde privada, pelo menos para a realização dos exames.

É sabido que em todos os níveis da assistência existem diversos problemas a serem superados e que os problemas aqui apontados passam longe de ser exclusivos do transplante, sendo frequentemente encontrados e denunciados no dia a dia das ações e serviços de saúde pública e de saúde suplementar.

2.4. Condições clínicas

Este item requer uma análise mais aprofundada em que se consiga identificar quais os multifatores que o permeiam. Onde se encontra a dificuldade do usuário em comunicar seu atual estado de saúde? Na falta de agenda com sua equipe transplantadora ou de informação de que este dado é importante para o transplante? Quais as causas da falta de acompanhamento com intervalos menos longos pela equipe transplantadora? Poucos profissionais disponíveis? Demanda institucional reprimida? Usuários não comparecem na data marcada? Ausência de vínculo equipe-usuário? Descrédito no transplante? Desculpa para não transplantar naquele dia?

Estas indagações reafirmam a necessidade de rediscutir o cuidado em saúde, que requer a responsabilização pelo usuário e a reorganização do sistema de saúde voltado para atender as suas necessidades, a partir de uma programação que não apenas contemple o número de procedimentos, mas que seja incluída a regionalização destes serviços com fluxos de referências e contrarreferência previamente definidos.

Em relação a este obstáculo, o princípio da equidade pode ser analisado sob a ótica da Integralidade, ou seja, pautado pelo conceito da necessidade da população usuária e do cuidado em saúde. Apesar da CF/88 remeter a integralidade, como um conceito restrito a acesso a níveis de complexidade e de atenção, a este princípio tem-se atribuído diferentes sentidos, sendo referidos ao sistema de saúde, à organização dos serviços e às práticas profissionais. Para que o transplante seja enxergado como área de atenção à saúde que também precisa ser tratada sob ótica da integralidade para alcançar a equidade, é necessário desconstruir alguns paradigmas.

É necessário desconstruir a ideia da atenção básica como lugar privilegiado de práticas integrais. *Cecílio* afirma que a integralidade não pode ser realizada em um único serviço, sendo necessário o acesso a todos os níveis de atenção “seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial”⁽³⁹⁾.

Entretanto, o que se observa é que o usuário tem que travar uma batalha individual para ser atendido de forma fragmentada e desarticulada. É preciso que o SUS esteja organizado para responder às demandas dos usuários por intermédio de uma rede integrada. Esta rede requer profissionais de saúde que compreendam e tratem a saúde de forma ampliada, que veja além das demandas espontâneas trazidas pelos indivíduos, buscando contemplar o conjunto de ações e serviços de saúde que um usuário necessite. Isto inclui outras necessidades que não estão diretamente ligadas à doença presente ou a um tratamento específico, neste caso, o transplante, mas que podem interferir no cuidado da mesma. O transplante é apenas uma das modalidades terapêuticas da insuficiência renal crônica e o mau funcionamento renal não é o único problema vivido pelos portadores desta patologia que, na maior parte dos casos, foi resultante de uma hipertensão arterial ou diabetes não controlados, doenças estas que não afetam apenas o rim, mas outros órgãos, trazendo diversas comorbidades a médio e longo prazos.

Ao analisar a política nacional da pessoa com insuficiência renal crônica (IRC), observa-se que existe a intenção de responsabilizar o Estado com intervenções desde a atenção primária, com ações de baixa complexidade até chegar às modalidades de terapias de alta complexidade. Entretanto, quando o Estado terceiriza, por exemplo, a diálise, este paga pelo material, o número de procedimentos, o pacote de exames laboratoriais, mas não “paga” ou referencia os diversos outros cuidados necessários à saúde integral da pessoa com insuficiência renal crônica⁽⁴⁰⁾. Boa parte destes cuidados que são negligenciados por não ter fonte de financiamento ou uma rede integrada conhecida de todos, vai refletir em obstáculo de exclusão ao transplante. Algumas das conhecidas comorbidades características da IRC, são inclusive fator de exclusão de entrada na Lista de Espera quando estão em estágio avançado, ou seja, por falta de um cuidado integral, tem usuários que sequer conseguem dispor de seu poder de escolha ao transplante⁽⁴¹⁾.

(39) CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ — CEPESC — ABRASCO. 2001. p. 113-126.

(40) CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007 (Coleção Progestores — Para entender a gestão do SUS, Livro 9).

(41) PAULA, F. J.; ALVARENGA, E. C.; AZEVEDO, L. S. Evaluación y selección de receptores y donantes para transplante renal. In: NORONHA, I. L. (Org.). *Manual de transplante renal*. São Paulo: Manole, 2007. p. 35-62.

Outro fator interessante de se observar nesta política é que há nela pouca definição sobre o transplante enquanto modalidade terapêutica da IRC, talvez por pressupor que o assunto deva ser discutido na Política Nacional de Transplante. Contudo, esta também só trata do transplante de rim sob a lógica dos procedimentos e não sob a lógica da atenção integral aos usuários, sendo fragmentada e desconexa não apenas da necessidade em saúde deste grupo, como da própria rede prestadora de serviços. Apesar de problemas odontológicos serem obstáculo de exclusão na seleção para transplante, não tem código de procedimento para financiamento e os serviços não são organizados para referenciar dentista para renal crônico⁽⁴²⁾.

Os obstáculos “condições clínicas” e “sem exames” contemplam a maioria deles, o que significa que todos estes deveriam estar com *status* semiativo e, consequentemente, não terem sido classificados. Revela também que se estes potenciais receptores tivessem sido devidamente acompanhados por suas equipes transplantadoras e tivessem conseguido acessar os serviços de saúde, provavelmente a grande parte destes se encontraria em condições de transplantar.

Bellato traz que “adentrar” os serviços de saúde talvez não seja a maior dificuldade dos usuários. Assim, a concepção de acesso (funcional) reduzida a chegar à porta de entrada de um serviço, deve ser complementada com a concepção de acessibilidade, na qual se inclui não apenas as múltiplas dificuldades de ir até o serviço, mas também a resolutividade para os seus problemas de saúde⁽⁴³⁾.

Apesar de nos últimos anos ter ocorrido um aumento na prestação de serviços especializados de apoio e diagnóstico terapêutico, a referência para os serviços na média e alta complexidade ainda representa um gargalo no sistema de saúde. Nesse sentido, a estratégia para garantir a referência e contrarreferência é a de que sejam implementadas redes de atenção à saúde no SUS, uma rede articulada em todos os níveis de atenção, destinada a garantir a continuidade dos serviços prestados conforme as necessidades demandadas pelos usuários⁽⁴⁴⁾ ⁽⁴⁵⁾.

(42) CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: assistência de média e alta complexidade no SUS, cit.

(43) BELATO, R. et al. O Itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ — CEPESC, 2008.

(44) SILVA, S. F. Redes de atenção a saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: _____ (Org.) *Redes de atenção a saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. São Paulo: IDISA: CONASEMS, 2008.

(45) FRANCO, T.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003.

2.5. Contraindicação pela equipe transplantadora

A equipe contraindicou o transplante por incompatibilidade entre peso e altura nos casos em que o doador era criança, fazendo necessário que o transplante fosse em bloco (implantar os dois rins num único receptor). Esta causa de não transplante poderia ser resolvida se o próprio sistema informatizado contemplasse, no *ranking*, um filtro — como o usado para o sistema ABO —, para que este potencial receptor não seja listado. A nova portaria contempla esta questão atribuindo à equipe transplantadora, no ato da inscrição, definir não apenas o tamanho do enxerto aceitável para dado receptor, mas informar qual sorologia poderia ser aceita, salvo nas contra-indicações absolutas previstas na mesma norma. Com isso, o outro obstáculo de exclusão identificado que se refere ao resultado de sorologia positiva, também seria evitado, pois o sistema já excluiria automaticamente os marcadores virais incompatíveis entre doador e receptor. Restaria ainda o obstáculo relativo ao tempo de isquemia fria do órgão, que ora deflagra o mau funcionamento do programa, ora evidencia a necessidade de regionalização da lista de espera, quando o que está em questão é a distância causada pelo fator geográfico.

2.6. Não informado

A pesquisa considerou as informações constantes no prontuário e nos casos em que as justificativas não foram encontradas, como categoria “não informado”.

2.7. Outros

Com o cadastramento realizado, foi identificado que dentre os potenciais receptores com *status* ativo, cerca de 20% deveriam ter sido afastados definitivamente, pois já haviam realizado transplante com doador vivo ou já haviam falecido. Foi possível então identificar que a listagem dos ativos estava superdimensionada, por constar óbitos, transplantados, desistências ou pessoas que deveriam estar afastadas temporariamente enquanto decidem se querem ou não transplantar. Esta situação fez com que fosse publicada a Resolução SESDEC n. 1.004/10 que resolve incluir no sistema eletrônico estadual de terapia renal substitutiva, dados referentes aos pacientes cadastrados no sistema estadual de transplante sob responsabilidade das respectivas unidades de diálise⁽⁴⁶⁾. Este dado revela a necessidade do sistema informa-

(46) RIO DE JANEIRO (ESTADO). Resolução SESDEC n. 1004, de 03.02.2010. *Diário Oficial*, 05 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/Legislacao-Estadual/Resolucoes-SESDEC/RESOLUCAO-SESDEC-No1004-DE-03.02.2010.html>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

tizado do SNT, não apenas se interligar com outros sistemas de informações oficiais, mas criar estratégias de atualização contínua sobre o real *status* dos potenciais receptores do transplante.

Os obstáculos “Equipe” e “Outros” apesar da baixa significância estatística remetem ao mecanismo de seleção dos potenciais receptores, ou seja, como o sistema informatizado pode ou não, facilitar a escolha pelo potencial receptor a ser transplantado. A ocorrência de pessoas com *status* “ativo” inscritas em lista de Espera que já faleceram, transplantaram, não desejam transplantar, assim como classificados com incompatibilidade antropológica ou sorológica com o doador, reforçam a necessidade de filtros que permitam otimizar a busca pelo melhor receptor. Neste sentido, faz diferença tanto o sistema de pontuação, quanto a atualização do *status* do cadastro técnico único.

A expectativa é de que o novo sistema informatizado do transplante que está para ser implantado em todo o Brasil, adequado às normas da nova portaria, venha minimizar estas insuficiências do atual sistema, tanto no que se refere à pontuação no critério de alocação para transplante quanto o da organização da rede.

A realidade nacional não difere muito do Rio, segundo relatório do Tribunal de Contas da União (TCU). Este aponta que no território brasileiro existem má distribuição das equipes transplantadoras, dificuldades em realizar os exames pré-transplante pelo SUS e dificuldade de acesso pela população dos centros transplantadores. Observou ainda que aqueles que conseguem realizar os exames conseguem inscrever-se mais rapidamente, sendo então beneficiados.⁽⁴⁷⁾

Com esse trabalho, foi possível ratificar que a população do Estado do Rio de Janeiro também tem vivido esta realidade denunciada pelo TCU, mas que o próprio SUS com seus princípios e diretrizes aponta caminhos para organizar a rede de atenção aos serviços de transplante. Na perspectiva da descentralização e da regionalização, em cada microrregião, poderia haver serviços de realização de exames e um serviço especializado (ambulatorial), que se tornasse referência, com profissional qualificado na especialidade (nefrologista com conhecimentos essenciais sobre transplante). Este médico, integrante de uma equipe multidisciplinar, referenciaria à rede os casos necessários (ex.: tratamento de Hepatite C, problema cardíaco, entre outros), ou emitiria parecer ao centro transplantador de origem do potencial receptor, relatando os fatos pertinentes. Assim, tanto os potenciais receptores teriam mais chances de se manterem aptos, como desafogaria a porta de entrada do programa de transplante.

(47) BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Avaliação do Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos*. Brasília: Sumários Executivos, 2006. (Nova Série; 9).

Outras alternativas seriam equipar hospitais públicos, dispostos a realizar transplantes, de profissionais qualificados e recursos materiais necessários e credenciá-los para a realização do procedimento. Esta não deixa de ser uma excelente opção, rumo à acessibilidade geográfica, mas muito mais custosa para o Estado. Ainda teria a possibilidade de convênio com a rede privada para atender principalmente as regiões carentes de serviços de transplante público.

É claro que nenhuma sugestão simplista ou unilateral daria conta de resolver as questões antigas e novas do atual modelo, fazendo-se necessária a participação dos diversos atores sociais envolvidos com o tema para que as dificuldades surgidas no decorrer das proposições, que certamente irão surgir, possam ser consideradas pelos diversos saberes, até se chegar a um possível consenso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere à equidade no uso e consumo dos serviços de transplante, foi identificado padrão desigual tanto na dimensão geográfica (equidade horizontal) quanto na social (equidade vertical).

Na dimensão geográfica, os dados demonstraram que a distribuição das equipes e centros transplantadores estão concentrados majoritariamente em um único município, assim como apenas um único serviço realiza coleta e análise para o exame de histocompatibilidade. Na dimensão social, constatou-se que os potenciais receptores encontram dificuldades em realizar exames pelo SUS e de manterem-se em condições clínicas para serem submetidos ao transplante.

Diante da diversidade de etapas a serem cumpridas, podemos observar muitos entraves para o pleno funcionamento do Programa de Transplantes e o baixo número de doadores efetivos não é o único impeditivo para realização de transplante de rim com doador falecido. Na análise sobre o acesso ao transplante de rim no Brasil, deve-se considerar não apenas o número de órgãos ofertados, mas as condições em que se encontra o potencial receptor enquanto aguarda ser beneficiado. Isto faz com que o atual critério de seleção para transplante de rim apresente inúmeros limites à implementação de forma equitativa.

A política nacional de transplante apresenta ainda uma rede desarticulada que não é capaz de garantir o acesso às ações e serviços de saúde, não contemplando assim todas as necessidades de saúde da população usuária dos serviços de transplante no Estado do Rio de Janeiro e, por conseguinte, acesso equitativo à saúde.

Nesse sentido, cabe aqui traçarmos certas ponderações a respeito do Estado estudado. Apesar de o Estado fornecer serviços de referência para transplante almejando a integralidade nas suas ações, ao disponibilizar serviço de alta complexidade, tornou-se, a partir de 2006, inviável a manutenção desta estrutura, diante das condições existentes. Se antes o principal entrave era a regionalização destes serviços, agora se somam a este, a prestação de serviços insuficientes. Esta insuficiência irá se manifestar tanto como fator de exclusão, como forma de privilégio a determinada pessoa ou grupo.

Contudo, a criação de protocolos de atendimento e de fluxos formais dentro da rede, a criação de consórcios intermunicipais como estratégia de cooperação entre municípios, dentre outras estratégias, podem ser primordiais para que o acesso ao transplante para toda a população se torne mais equitativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F. M. A. *Teoria geral do direito sanitário brasileiro*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES. *Registro brasileiro de transplante*. São Paulo: ABTO, 2006. ABTO. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/home/home.aspx>. 2006>.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BELATO, R. et al. O Itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ — CEPESC, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto n. 2.268. *Ministério da Saúde*. Brasília, 1997. Disponível em: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=>. Acesso em: 10 jun. 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Brasília. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei9434.htm>>. Acesso em: 22 set. 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação sobre transplante no Brasil*. Brasília, 2003 (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, Brasil. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 27 mar. 2009.

_____. Portaria GM/MS n. 2.600. *Diário Oficial da União*, 21 out. 2009.

_____. Portaria GM/MS n. 3.407. *Diário Oficial da União*, 06 ago. 1998.

_____. Portaria GM/MS n. 783. *Diário Oficial da União*, 2006.

_____. Portaria GM/MS n. 2.041. *Diário Oficial da União*, 25 set. 2008.

_____. Resolução de Diretoria Colegiada — RDC n. 154, de 15 de junho de 2004. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/16440-154>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

_____. Tribunal de Contas da União. *Avaliação do Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos*. Brasília: Sumários Executivos, 2006. (Nova Série; 9).

CASTRO, M. C. R. A ABTO e o transplante de órgãos e tecidos no Brasil, 20 out. 2006. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/AABTOeoTransplante.aspx>>. Acesso em: 21 out. 2006.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ — CEPESC — ABRASCO. 2001. p. 113-126.

COHN, A. *A saúde como direito e como serviço*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007 (Coleção Progestores — Para entender a gestão do SUS, Livro 9).

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 443-463, 2000.

SCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2001.

FRANCO, T.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERRHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003.

LUCCHESI, P. T. R. *Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução das desigualdades em saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MANFRO, R. C. Protocolos de imunossupressão. In: NORONHA, I. L. *Manual de transplante renal*. São Paulo: Manole, 2007. p. 96-113.

PAULA, F. J.; ALVARENGA, E. C.; AZEVEDO, L. S. Avaliação y selección de receptores y donantes para transplante renal. In: NORONHA, I. L. (Org.). *Manual de transplante renal*. São Paulo: Manole, 2007. p. 35-62.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Resolução SESDEC n. 1004 de 03.02.2010 *Diário Oficial*, 05 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/Legislacao-Estadual/Resolucoes-SESDEC/RESOLUCAO-SESDEC-n.1004-DE-03.02.2010.html>> Acesso em: 20 jul. 2010.

SILVA, J. A da. *Curso de direito constitucional positivo*. 18. ed. São Paulo: Malheiros, Ed. 2000.

SILVA, S. F. Redes de atenção a saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: _____ (Org.) *Redes de atenção a saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. São Paulo: IDISA: CONASEMS, 2008.

TRAVASSOS, C. M. R. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C. M. R. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.