

# SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: OLHAR DA BIOÉTICA SOCIAL

Silvia Ferrazzo<sup>1</sup>, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas<sup>2</sup>, Diana Coelho Gomes<sup>3</sup>, Camila Ferrazzo Lodeyro<sup>4</sup>, Daniele Lazzari<sup>5</sup>, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt<sup>6</sup>, Micheli Leal Ferreira<sup>7</sup>

**Objetivo:** analisar os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático em um hospital universitário da região Sul do Brasil. **Método:** pesquisa qualitativa exploratória, analítica, com coleta de dados realizada por entrevista semiestruturada com profissionais da equipe multiprofissional. A análise de dados deu-se por análise temática. **Resultados:** constatado que o paciente inserido no serviço de transplante hepático recebe atendimento diferenciado quando comparado aos demais pacientes atendidos na instituição. **Conclusões:** os atendimentos embasados na consolidada política pública dos transplantes de órgãos e os atrativos repasses financeiros aos procedimentos disparam a qualidade da assistência, em comparação aos atendimentos alicerçados em outras referências de remuneração.

**Descritores:** Liver Transplantation. Bioethics; Public Health Practice

### LIVER TRANSPLANT SERVICE AT A UNIVERSITY HOSPITAL: LOOK SOCIAL BIOETHICS

**Objective:** to analyze the intrinsic bioethical aspects of a service specializing in care in liver transplant at a university hospital in southern Brazil. **Method:** qualitative research, analytical, with data collection performed by semi-structured interviews with professionals of the multidisciplinary team. Data analysis occurred by thematic analysis. **Results:** Found that the patient entered in the liver transplant service receives differentiated service compared to the other patients treated at the institution. **Conclusions:** the care grounded in the consolidated public policy of organ transplants and attractive financial transfers to the procedures, trigger the quality of care compared to grounded calls in other compensation references.

**Descriptors:** HIV; Women's rights; Breastfeeding; Full assistance to women's health.

### SERVICIO DE TRASPLANTE DE HÍGADO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: MIRAR BIOÉTICA SOCIALES

**Objetivo:** analizar los aspectos bioéticos intrínsecos de un servicio especializado en el cuidado de trasplante de hígado en un hospital universitario en el sur de Brasil. **Método:** investigación cualitativa, analítica, con la recogida de datos se realiza por medio de entrevistas semiestructuradas con los profesionales del equipo multidisciplinario. El análisis de datos se produjo mediante el análisis temático. **Resultados:** encontrado que el paciente ingresó en el servicio de trasplante de hígado recibe servicio diferenciado en comparación con el resto de los pacientes tratados en la institución. **Conclusiones:** la atención basada en la política pública consolidada de los trasplantes de órganos y transferencias financieras atractivas a los procedimientos, desencadenar la calidad de la atención en comparación con las llamadas a tierra en otras referencias de compensación.

**Descriptorios:** Trasplante de Hígado; Bioética; Políticas Públicas de Salud.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre. Departamento de Enfermagem na Faculdade FACTUM. E-mail: silvia.ferrazzo@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre. Nurse in Rokilde Sykehjem, Kristiansund, Noruega.

<sup>4</sup>Bióloga. Especialista. SENAC do Rio Grande do Sul.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>7</sup>Enfermeira. Mestre.

## INTRODUÇÃO

O Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes realizados por ano e, destes, mais de 90% ocorrem pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1)</sup>. Em um contexto de aprimoramento de sua organização social, o programa de transplantes é considerado uma referência internacional da saúde pública brasileira por tratar-se de um sistema avançado e organizado, justo e igualitário no seu propósito<sup>(2)</sup>. Dentre os tipos de transplantes, a consolidação do sucesso do Transplante Hepático (TH) se dá pela qualidade e expectativa de vida alcançada pelas pessoas submetidas à técnica<sup>(3)</sup>.

Entre as instituições públicas que realizam transplantes de órgãos e tecidos estão os Hospitais Universitários (HU). Os HUs foram concebidos para serem centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia e pesquisa na área da saúde, oferecendo à população abrangência e melhores padrões de atendimento pelo SUS<sup>(4)</sup>.

A complexidade do procedimento de TH e suas repercussões na e para as políticas públicas, os investimentos financeiros, estruturais e humanos suscitaram a pertinência de efetivar-se uma análise na perspectiva da Bioética Social. A Bioética Social é oriunda de uma revisão crítica da Bioética Principlista, fomentada pela necessidade de se considerar as diferentes realidades culturais e sociais<sup>(5)</sup>.

Para além da complexidade técnica e orçamentária dos transplantes, tem sido questionado o "direito social" ou "direito humano" à saúde, no sentido das disparidades existentes nas demandas de investimento em saúde em diferentes países, em um mesmo país ou, ainda, dentro de uma mesma cobertura de serviço em saúde<sup>(6, 7)</sup>. Logo, na perspectiva da acessibilidade aos recursos em saúde, a Bioética Social permite enxergar o direito à saúde com lentes que considerem as variáveis sociais, que permeiam o dia a dia de uma população, no sentido de atribuir igual importância às necessidades sanitárias e de tratamento à saúde<sup>(8)</sup>. Portanto, o presente estudo se propôs a analisar os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em TH, em um HU da região Sul do Brasil.

## METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa exploratória, analítica, desenvolvida em um HU de grande porte, localizado na região Sul do Brasil, referência estadual em patologias complexas nas diversas especialidades, dentre elas o TH<sup>(4)</sup>. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais da equipe de TH do HU (01 assistente social, 04 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 02 médicos e 01 psicólogo) em dia e horário conforme disponibilidade dos participantes.

O período de coleta de dados foi entre dezembro de 2013 e janeiro de 2014.

A equipe que atua no atendimento ao TH é composta por 12 médicos, sete enfermeiros, um psicólogo, uma assistente social, um fisioterapeuta, uma nutricionista, um farmacêutico, um bioquímico e um dentista. Para a seleção dos participantes, utilizou-se a técnica de bola de neve, em que cada informante indicava o próximo a ser entrevistado. Foram excluídos os trabalhadores que estavam em período de férias, de licença médica e, ainda, aqueles que não possuem rotina de horários no serviço, como alguns integrantes da equipe cirúrgica, que desenvolvem atividades na instituição conforme demanda de órgãos doados e enxertos realizados. A análise de dados foi orientada pela análise Temática, segundo Minayo.

Para garantir o sigilo das informações e o anonimato dos profissionais, os participantes envolvidos no estudo foram identificados pela letra "P" de participante, seguido por uma numeração ascendente. Tal ideia se apoiou no fato da equipe contar com representantes únicos de algumas categorias profissionais e identificar suas profissões poderia acarretar exposições desnecessárias. Foram atendidas em todas as fases de execução do estudo os princípios éticos abordados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, via Plataforma Brasil, conforme parecer de número 454.283.

## RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas categorias analíticas, intituladas: "A dualidade no atendimento de um Hospital Universitário e na Política em Saúde" e "Políticas em Saúde desiguais para iguais".

### A dualidade no atendimento de um hospital universitário

A fala a seguir destaca a agilidade no atendimento do TH nas consultas, exames e procedimentos:

*O que o paciente do transplante recebe é diferente. Se outros pacientes tivessem que fazer os exames pela unidade de saúde, ele não conseguiria. Ele tem prioridade e facilidades em função da verba que vem para o transplante. (P8)*

O paciente do TH recebe visitas médicas mais de uma vez ao dia, os outros pacientes são avaliados, muitas vezes, por graduandos do curso de medicina. A psicologia está presente junto ao paciente e família do transplantado, conforme relatos:

*Quando ele for transferido da UTI, será avaliado pelos clínicos do transplante e cirurgiões, que passam duas vezes ao dia, mesmo sábados e domingos, até receber alta. (P4)*

*Há conflito porque os outros veem que tem psicólogo apenas pra paciente transplantado, sendo que a sala da psicologia é na entrada da unidade. Indagam: por que não tem? (P5)*

Evidenciado que o HU apresenta uma estrutura, por vezes, carente para atender até mesmo o paciente de TH.

*Entendemos a questão do hospital, mas não conseguimos manter leitos abertos de clínica médica por falta de pessoal e mantemos um serviço de transplante (P5).*

*Às vezes os médicos nem sabem que é o mesmo funcionário que cuida, tem trinta pacientes e cinco funcionários, é dividido e não há funcionário exclusivo para o transplante. (P4)*

Destaca-se a importância da cirurgia, em si, de TH, em detrimento do período pós-operatório tardio.

*Não sei se a medicina ou a direção não percebe a questão da unidade de internação, parece que pensam no ato cirúrgico do transplante e depois esse paciente vai pra onde, que condições de quarto, de recursos humanos? Ele entra em tabela defasada, de AIH normal. Um pico de rejeição tem código, mas do contrário não. Durante a internação alguns medicamentos são pagos, na intercorrência pós, não. (P7)*

### Políticas em saúde desiguais para iguais

As falas dos participantes da pesquisa a seguir demonstram o entendimento dos profissionais que atuam com transplantes quando questionados sobre a solidez das políticas públicas em saúde disponíveis no país:

*Pensando em políticas públicas de um jeito mais amplificado, muitos pacientes que fazem transplante seriam preveníveis. Se a atenção básica recebesse um montante de dinheiro maior ou tivesse mais profissionais, com certeza muitos pacientes não teriam indicação de transplante. (P11)*

*O suplemento hipercalórico, a modulação de aminoácidos, ou até mesmo as proteínas mais simples em pó, nada disso tem subsídio do governo. O paciente recebe o remédio, mas a comida não. (P1)*

Há uma importância do transplante enquanto valorização financeira por parte das instituições de saúde da alta complexidade. Os participantes sinalizam que:

*Vários equipamentos foram conseguidos pelo hospital, padronização de muita medicação e outras coisas que estão por vir que a gente já solicitou, tudo é mais fácil quando a gente fala a palavra transplante hepático no hospital, exame externo, cirurgia, prótese dentária, outras cirurgias prévias. Teve paciente que precisava fazer uma cirurgia pra retirada de um cisto no crânio e conseguimos em duas semanas. (P2)*

*Em relação ao TH especificamente, há uma tabela diferenciada de remuneração pra todos os procedimentos e também para as internações, isso favorece a instituição a ela ter interesse em fazer o procedimento, não só o interesse de manter isso disponível pra população, mas também como um programa de saúde pública que atenda realmente essa necessidade. (P4)*

A carência de estrutura nos níveis de atenção à saúde

emergem nas falas a seguir:

*A política de transplante faz uma injeção muito grande de dinheiro, assim como na política do HIV, na própria ESF. A maior aplicação de recursos é no processo do transoperatório, na internação hospitalar, o que dificulta depois porque muitas vezes você transplanta e não espera as complicações e aí não tem dinheiro, não têm serviços, não tem acesso a serviços de saúde no pós-operatório. (P7)*

Deparar-se com uma resolução que trata da exigência da abstinência alcoólica por no mínimo seis meses para ter os critérios necessários para inserção em lista de espera por um fígado desperta questionamentos sobre aspectos excludentes da política de transplante:

*O transplante traz questionamentos: será que é justo quem tá recebendo? Porque muitos beberam a vida inteira e, claro, não temos que entrar num juízo de valor, se é certo ou errado, mas a gente pega esse tipo de paciente ao mesmo tempo que vai pegar aquele que teve uma vida saudável, que tem outras doenças e que também não consegue ter acesso a um serviço de saúde. Então são os paradoxos. (P11)*

*A aderência ao tratamento, principalmente o paciente que é etilista que precisa suspender o tratamento durante seis meses, mas eventualmente ele pode chegar numa condição pra nós tão grave que a gente obrigatoriamente tem que transplantar mesmo ele não suspendendo esse hábito. (P2)*

Por fim, as falas a seguir sinalizam que a rede de atenção à saúde se comunica para alinhar o tratamento ofertado ao paciente:

*O município terá que auxiliar essa família na permanência aqui, porque é a garantia do direito dele à saúde. Todos os municípios que fiz contato acabaram pagando o aluguel integral, porque tem uma diária da tabela do SUS que é um valor irrisório. (P8)*

### DISCUSSÃO

A análise dos dados evidencia a distinção existente no atendimento ao paciente destinado ao TH em relação aos demais atendimentos prestados pelo HU à comunidade. Essas desigualdades se concretizam, entre outros: no quantitativo de profissionais, no atendimento diferenciado no ambulatório de gastroenterologia e de outras especialidades, na agilidade para realização de exames e da cirurgia propriamente dita quando existe a disponibilidade de órgão para TH. Disparidades que aparecem claramente nos corredores lotados do hospital com pessoas à espera de um atendimento especializado - muitas vezes agendados há meses ou anos; na demora ou falta de realização de cirurgias tais como amputações, retiradas de tumores ou, ainda, na falta de recursos para realização de exames que permitam aperfeiçoar o tempo de tratamento de doenças agudas ou crônicas. Os HU federais são órfãos,

já que fazem parte de uma rede de hospitais do Ministério da Educação, enquanto que o dinheiro da saúde está com o Ministério da Saúde<sup>(9)</sup>.

Procedimentos de alto custo, tais como transplantes, constituem um problema em países de baixa e média renda, o que faz com que sua viabilidade financeira e pequena cobertura populacional demandem alocação eficiente de recursos. Nesse contexto, não apenas o transoperatório deve ser considerado, pois o atendimento estende-se ao ambulatório, considerando suas inevitáveis consequências, tais como aquelas derivadas da imunossupressão<sup>(10)</sup>.

Um dos pressupostos deste estudo é o de que as instituições de saúde são atraídas pelos valores pagos pelo SUS para a realização do TH, em detrimento a outros procedimentos estipulados em tabela dita defasada. Estudo<sup>(11)</sup>, cujos participantes eram responsáveis por equipes de TH em quatro estados brasileiros, apresenta o TH como uma grande máquina para “empurrar” uma instituição para frente, entendendo que suas exigências trazem benefícios a todos. Isto é, o TH gera recursos para o hospital, impactando na absorção de tecnologia e na transferência a outros setores da instituição.

Em contrapartida, em muitos países em desenvolvimento, apesar dos benefícios amplamente comprovados, o TH tem tido sua indicação limitada por apresentar valores elevados e, em geral, é realizado em pacientes gravemente enfermos, com doença hepática avançada. Os maiores custos relacionam-se à equipe profissional, às diárias hospitalares e aos medicamentos e, dentre esses, à solução de preservação hepática, aos antibióticos de largo espectro e aos imunossupressores<sup>(12)</sup>.

Verificado que existe mais incentivo financeiro para a política de transplante de órgãos do que para outras políticas públicas, como, por exemplo, as que abrangem a atenção primária. Logo, em relação à política brasileira de transplantes, os aspectos morais são importantes e deveriam ser reconhecidos na consolidação dessa política, diante das limitações de recursos existentes no setor saúde<sup>(13)</sup>.

Emergiram questionamentos pelos próprios participantes sobre a importância de ofertar à população uma atenção primária de qualidade, para que muitas patologias possam ser prevenidas e/ou tratadas precocemente e não haja a necessidade de terapêuticas de alta complexidade. Sinaliza-se que os custos indiretos da não realização de transplantes são elevados, como, por exemplo, no caso dos rins, as terapias renais substitutivas consomem milhões dos cofres públicos<sup>(14)</sup>.

As informações obtidas pelos participantes da pesquisa permitem inferir que a instituição destina o quantitativo de profissionais adequados para o atendimento ao paciente do transplante hepático, o que não acontece em relação às demais demandas de atendimento existentes no HU. Cabe ressaltar

que as ações desses profissionais são interdisciplinares. Uma interdisciplinaridade em que há intensidade de trocas entre os profissionais, incorporando seus conhecimentos em um modo de agir que minimiza a fragmentação do cuidado<sup>(15)</sup>.

Convém aqui enaltecer a atitude dos profissionais para a criação desse serviço no HU. Esses profissionais enfatizam que estruturaram o serviço de TH, mesmo sem as condições ideais de estrutura física e de recursos humanos, dada a vontade de oferecer esse procedimento à população. Ainda foram evidenciados os esforços da equipe do serviço de TH para esclarecer ao paciente sobre o direito de permanência próximo ao centro de referência no período pós-operatório. A maioria da população desconhece a Portaria/SAS Nº055 sobre a rotina de Tratamento Fora do Domicílio no SUS, que estabelece o custeio de despesas relativas ao transporte, à alimentação e à moradia para usuário do serviço e acompanhante que resida em distâncias superiores a 50 km do local de tratamento<sup>(16)</sup>. Esse direito é prioritário no atendimento ao transplantado, visto que os transplantes são realizados apenas em grandes centros de referência e pacientes de locais distantes, muitas vezes, não possuem condições financeiras para acessar o serviço. E, em um contexto de universalidade e integralidade, o SUS garante o direito à população de permanecer próxima ao local de tratamento, para qualquer terapia de alta complexidade.

Ainda relacionado ao acesso da população aos centros de referência em transplantes, persiste o problema da má distribuição dos centros transplantadores no país, o que caracteriza uma condição desigual de acesso ao tratamento. Isso se relaciona diretamente ao desempenho dos estados que se destacam em números de transplantes, à adequada estruturação dos centros transplantadores, à formação e à motivação permanente dos profissionais envolvidos<sup>(17)</sup>.

É interessante analisar acerca do entendimento de direito à saúde da pessoa transplantada. Isto é, os transplantes, em geral, situam-se no limiar entre o individual e o coletivo, suscitando dilemas morais, tais como os critérios equitativos para indicação do transplante, utilização de recursos públicos, dentre outros.

Na perspectiva dos participantes deste estudo, especificamente acerca do TH, questões sobre o “merecimento” do transplante impõem características significativas à escolha e terapêutica dispensada aos doentes hepáticos, já numa situação tecnicamente complexa. Tais questões perpassam a responsabilidade pessoal de um paciente acerca de sua própria saúde, particularmente importante nas discussões sobre o alcoolismo, por considerar-se o dano hepático como auto-induzido, por uma ação voluntária do paciente<sup>(18)</sup>. Dessa forma, questiona-se a utilização de um recurso expressivo para pacientes que seriam supostamente menos merecedores, por serem esses



moralmente responsáveis por sua insuficiência hepática<sup>(19)</sup>.

A responsabilidade de garantir avaliação cuidadosa e o fornecimento de órgãos a pacientes elegíveis, longe de estigmas e julgamentos, é da equipe dos centros de transplante, de maneira a oferecer práticas justas para a população<sup>(20)</sup>. A punição pelo não-cuidado com o corpo é altamente controversa e as políticas de transplante acabam por traçar uma linha, fornecendo justificativas éticas para a distinção de quem é ou não elegível<sup>(9)</sup>. A expectativa é, portanto, de que ocorram melhorias nas estruturas hospitalares e na formação de equipes transplantadoras em todas as regiões do país, o que permitirá um aumento na taxa de doação, e consequentemente, de transplantes realizados<sup>(17)</sup>.

Entende-se que ao se considerar as questões sociais, econômicas, culturais, geográficas e tantas outras possíveis, que emergem quando o assunto é saúde, a bioética é um caminho promissor para aprimorar as reflexões e ampliar as discussões. Cabe ressaltar que diversos países que trabalham no processo de doação e transplante de órgãos, com larga

experiência, incorporam a abordagem social e a perspectiva ética para consolidarem suas políticas<sup>(2)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes inseridos no serviço de TH do HU recebem atendimento diferenciado quando comparados aos demais usuários da instituição. Mas, esse paciente não recebe “privilégios”. Na realidade, ele recebe um atendimento digno, no qual seu quadro clínico e bem estar social importam para todos aqueles que atuam na sua assistência, o que deveria ser o padrão de prestação de serviços à saúde da população brasileira.

A realidade observada no cenário do estudo reflete o contexto de assistência em saúde existente no Brasil, em que atendimentos embasados na consolidada política pública dos transplantes de órgãos e atrativos repasses financeiros aos procedimentos disparam em qualidade frente aos atendimentos alicerçados em outras referências de remuneração.

## REFERÊNCIAS

1. Dalbem GG, Caregnato RC. A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):728-35.
2. Roza BA, Garcia VD, Barbosa SFF, Mendes KDS, Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):417-22.
3. Schiano TD, Bourgoise T, Rhodes R. High-risk liver transplant candidates: an ethical proposal on where to draw the line. *Liver Transpl.* 2015;21(5):607-11.
4. Ministério da Educação (BR). *Relação dos Hospitais Universitários.* 2014 [cited 2014 Jun 1]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&>
5. Hellmann, F. et al. *Bioética e Saúde Coletiva.* 1st ed. Florianópolis: DIOESC; 2012.
6. Ferraz AS, Santos LGM, Roza BA, Schirmer J, Knih NS, Erbs JL. Integrative review: indicators of result process of organ donation and transplants. *J Bras Nefrol.* 2013;35(3):220-8
7. Garrafa V. *Bioética e Saúde Coletiva.* 1st ed. Florianópolis: DIOESC; 2012.
8. Moraz G, Garcez AS, Assis EM, Santos JP, Barcellos NT, Kroeff LR. Cost-effectiveness in health in Brazil: a systematic review. *Cien Saude Colet.* 2015;20(10):3211-29.
9. Coelho SH. O retrato do transplante hepático no Brasil. *Boletim SBH.* 2013.
10. Soárez PC, Lara AN, Sartori AMC, Abdala E, Haddad LBP, D'Albuquerque LAC, Novaes HMD. Healthcare resource utilization and costs of outpatient follow-up after liver transplantation in a university hospital in São Paulo, Brazil: cost description study. *Sao Paulo Med J.* 2015;133(3):171-8.
11. Silva MRA. Um retrato do Transplante Hepático no Brasil - Como funcionam as equipes? *Boletim SBH.* 2013 [cited 2013 May 3]. Available from: <http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/Revista-sbh-abril.pdf>
12. Portela MP, Neri EDR, Fonteles MMF, Garcia JHP, Fernandes MEP. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(3):322-6.
13. Ribeiro CDM, Schramm FR. Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(9):1945-53.
14. Obrador GT, Rubilar X, Agazzi E, Estefan J. The Challenge of Providing Renal Replacement Therapy in Developing Countries: The Latin American Perspective. *Am J Kidney Dis.* 2016;67(3):499-506.
15. Bertazzone TMA, Ducatti M, Camargo HPM, Batista JMF, Kusumota L, Marques S. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer. *Rev Rene.* 2016; 17(1):144-53.
16. Ministério da Saúde(BR). Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde;1999.
17. Pestana JOM, Garcia VD, Felipe CR, Abbud M Filho, Galante NZ, et al. O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. *J Bras Med.* 2012;100(2):7-15.
18. Stroh G, Rosell T, Dong F, Forster J. Early liver transplantation for patients with acute alcoholic hepatitis: public views and the effects on organ donation. *Am J Transplant.* 2015;15(6):1598.
19. Singhvi A, Welch AN, Levitsky J, Singhvi D, Gordon EJ. Ethical Considerations of Transplantation and Living Donation for Patients with Alcoholic Liver Diseases. *AMA J Ethics.* 2016;18(2):163-173.
20. Glannon W. Responsibility and priority in liver transplantation. In: Bayliss F, Borgerson K, Hoffmaster B, Sherwin S, editors. *Health Care Ethics in Canada.* 3rd ed. Toronto: Nelson Education; 2012.