

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL



**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE O BRASIL E O URUGUAI**

Gilmara Andersson Timm

Pelotas, 2011

GILMARA ANDERSSON TIMM

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE O BRASIL E O URUGUAI**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós Graduação –
Mestrado em Políticas Sociais da
Universidade Católica de Pelotas -
para obtenção do título de Mestre em
Política Social.

Orientadora – Dr^a Prof^a Vera Maria Ribeiro Nogueira

Pelotas, 2011

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

Dissertação de Mestrado intitulado **Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: Estudo comparativo entre o Brasil e o Uruguai**, de autoria da mestrandia Gilmara Andersson Timm aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

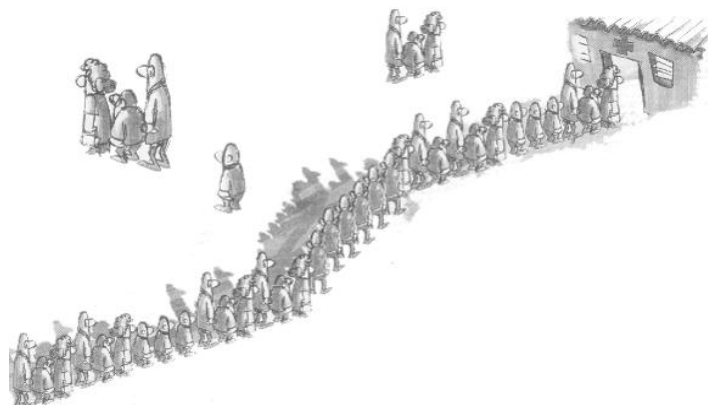
BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Prof^a Vera Maria Ribeiro Nogueira (MPS/UCPEL)
Orientadora

Dr^a Prof^a Andréa Valente Heidrich (MPS/UCPEL)
Examinadora

Dr^a Enf^a Marli Stein Backes (UFPEl)
Examinadora Convidada

Pelotas, 2011



*“Se temos de esperar,
que seja para colher a semente boa
que lançamos hoje no solo da vida.
Se for para semear,
então que seja para produzir
milhões de sorrisos,
de solidariedade e amizade.”*
Cora Coralina

Dedico este estudo aos meus colegas da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Hospital Escola da UFPel/FAU, verdadeiros guerreiros nesta batalha tão árdua e gratificante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde, pela força e pelo amor à vida.

Aos meus amados filhos, Frederico e Lina, o que há de mais importante para mim, e ao meu esposo, José Elinaldo, por todo o amor, carinho e compreensão nesta etapa tão importante de minha vida.

Aos meus amados pais Roseli e Gilmar, minhas irmãs Carina e Roseane e meus sobrinhos Valentina e Martielo, pelo amor e apoio constantes.

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a Vera Ribeiro Nogueira, por todo carinho, capacidade, conhecimento e força, fundamentais na elaboração deste estudo, o meu mais sincero reconhecimento e agradecimento.

À Banca Examinadora composta pela Dr^a Enf^a Marli Stein Backes e Prof^a Dr^a Andréa Valente Heidrich, e pela importante colaboração no intuito de enriquecer este estudo, agradecimento extensivos à Prof^a Dr^a Eda Schwartz que participou da banca de qualificação deste estudo.

Às minhas colegas do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas: Ângela Catarina Medeiros Ferreira, Adriane Calvetti Medeiros, Cláudia das Neves Hissê, Camila Nebel, Isis Rita Vasconcelos Borges, Kátia Cilene Vergara, Lauren Sallaberry Ferreira, Lúcia PY Crespo, Marly Floripes da Costa Farias e Simone Coelho da Costa Pinto pelo apoio, carinho e por compartilharem comigo a construção deste trabalho.

À Direção do Hospital Escola de Pelotas, pelo apoio prestado.

À Prof^a Dr^a Vini Rabassa da Silva, Coordenadora deste Curso de Mestrado, pela seriedade e competência que vem desenvolvendo em suas funções, bem como à Secretária do Curso de Mestrado Lucimar Pereira de Souza pela dedicação e apoio.

Aos meus queridos professores, funcionários e colegas do Mestrado agradeço pelo convívio prazeroso e pela troca de experiências e conhecimentos.

Aos membros das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes de Pelotas/RS e ADOTE, pelo trabalho em parceria desenvolvido em prol desta importante causa que é a doação de órgãos e/ou tecidos.

Enfim, agradeço a todos que compartilharam comigo este desafio.

Muito Obrigada.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
I DOAÇÃO E TRANSPLANTE: O DIREITO À VIDA E O PAPEL DO ESTADO	20
II O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL	28
II.1 O Sistema Nacional de Transplantes do Brasil	35
III O SISTEMA DE SAÚDE DO URUGUAI	52
III.1 O Sistema Nacional de Transplantes do Uruguai	59
IV SIMETRIAS E ASSIMETRIAS ENTRE OS SISTEMAS DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DO BRASIL E URUGUAI	68
V CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	94
Anexo 1 – Lei 9.434 de 05 de Fevereiro de 1997	
Anexo 2 – Lei 14.005 de 20 de Agosto de 1971	

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Fluxograma representativo do Sistema Nacional de Transplantes do Brasil

Figura 02: Demonstração de Angiografia Cerebral com fluxo sanguíneo cerebral e sem fluxo sanguíneo cerebral

Figura 03: Esquema que sintetiza o Sistema Nacional de Transplantes do Brasil

Figura 04: Mapa ilustrativo dos países da América Latina

Figura 05: População do Brasil e do Uruguai em milhões de habitantes

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Fundo Nacional de Recursos – 1998

Quadro 02: Organización del Sistema de Salud Uruguayo

Quadro 3: Organização do INDT

Quadro 4: Quadro Comparativo Princípios Normativos do Sistema de Saúde - Brasil
– Lei 8.080 e 8.142 de 1990; Uruguai – Lei 15.181 de 21 de agosto de 1981

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Notificação de Potenciais doadores p.m.p. dos Países da América Latina dos anos de 2000 a 2008

Gráfico 2: Doadores Efetivos de 2007 – Países da América Latina

Gráfico 3: Doadores Efetivos de 2008 – Países da América Latina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Transplantes de Órgãos sólidos e córneas realizados no Brasil nos anos de 1995 a 2007 segundo DATASUS e ABTO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADOTE	Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos
ASSE	Administração dos Serviços de Saúde do Estado
CF	Constituição Federal do Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNNCDO	Central Nacional de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos
CNCDO	Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos
FNR	Fundo Nacional de Recursos
IAMC	Instituições de Assistência Médica Coletiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializados
INAMPS	Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social
ME	Morte Encefálica
MELD	Model for End-stage Liver Disease
MSP	Ministério de Saúde Pública do Uruguai
OPOs	Organização à Procura de Órgãos
OPA	Organização Pan-americana da Saúde
OPCs	Organização à Procura de Córneas
RGCT	Registro Geral do Cadastro Técnico
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

A atividade de transplante é considerada como um dos mais importantes avanços médicos deste século, exercendo uma atração na imprensa e na opinião pública maior do que outras tecnologias ou formas terapêuticas. Uma possível explicação para este fato é que o processo doação-transplante, além dos aspectos técnicos, tem implicações éticas, morais e legais. Nessa política de saúde vemos como agente principal o Estado, tanto no momento de definir a legislação a ser aplicada, como também no que tange a cobrar das instituições hospitalares o cumprimento da legislação atinente ao tema, o que faz com que países de um mesmo continente apresentem índices muito diferenciados em relação à doação e transplantes. Para o desenvolvimento deste estudo foi aplicado o método de uma pesquisa qualitativa, através de uma metodologia documental, descritiva e comparativa, com abordagem Dialético-Crítica, onde se pretendeu analisar as Políticas de Doação e Transplantes do Brasil e do Uruguai, buscando identificar suas semelhanças e diferenças. A coleta de dados se deu a partir das legislações do Brasil e do Uruguai, bem como em portarias e resoluções em matéria de doação de órgãos e transplantes desses países. Os documentos que subsidiaram a análise foram de domínio público, publicados em sites oficiais dos governos desses países. Os dados sistematizados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, permitindo desvelar simetrias e assimetrias nas legislações do Brasil e do Uruguai e identificar aspectos limitadores do processo de Doação de Órgãos e Transplantes nesses países, mediante categorias pré-estabelecidas. Neste estudo pode-se concluir que ambos os países utilizam o critério de morte como sendo o da Morte Encefálica. No Brasil a doação de órgãos é consentida enquanto que no Uruguai é doação é presumida. O diagnóstico de ME é mais sucinto no Uruguai do que no Brasil. No Brasil há maior facilidade de se doar um órgão em vida para um parente. Ambos países dispensam a exigência de autorização judicial em se tratando de doação em vida para cônjuge, o Brasil estende a dispensa para o companheiro, enquanto que a lei Uruguia é omissa nesse aspecto. No Brasil a entrevista familiar é parte fundamental no processo de doação. No Uruguai a entrevista familiar só irá ocorrer se o falecido não manifestar em vida o desejo ou não de doar. Em ambos os países há um controle social em relação à fila de espera por um órgão e tecido. Ambos os países caracterizam os crimes em matéria de transplantes como crimes contra a vida e ambos trazem em suas legislações tipos penais incriminadores em relação aos profissionais e instituições de saúde. Ambos os países procuram atender assistencialmente o doador e receptor. Por fim, cabe ressaltar que este estudo é um recorte de um projeto maior de Pesquisa em Atenção à Saúde no MERCOSUL, coordenado pela Prof^a Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

Palavras-chave: Doação de Órgãos e Tecidos. Transplante. Direito à Vida.

ABSTRACT

The transplant activity is considered as one of the most important medical innovations of this century, attracting more media attention and public opinion than other technologies or therapeutic ways. A possible explanation is that the donation-transplant process, beyond technical aspects, it has ethical, legal and moral implications. According to health policy we see the government as main state agent, not only for defining the legislation to be applied, but also in relation to requiring from the hospital institutions the application of the legislation regarded to the topic, making countries of the same continent show different indexes in relation to donations and transplants. For developing this study was applied the methodology of a qualitative research, through documental methodology, as well as descriptive and comparative, with Dialectical Criticism approach with the aim of analyzing the Donation and Transplants Policies of Brazil and Uruguay, searching to identify their similarities and differences. Data collecting were carried out from Brazilian and Uruguayan Legislation, as well as from administrative rules and resolutions related to organ donations and transplants of these countries. The documents used were of public domain published on official governmental websites of these countries. The systematized data were analyzed from the content analysis technique, allowing to reveal symmetries and asymmetries in the Brazilian and Uruguayan legislations and to identify limiting aspects in the donation of organs and transplants process in these countries, through pre-established categories. In this study we can conclude that both countries use the criterion of death as the Death Encefálica. No Brazil organ donation is permitted while in Uruguay's donation is presumed. The diagnosis of ME is more succinct in Uruguay than in Brazil. In Brazil there are easier to donate an organ to a living relative. Both countries exempt the requirement for judicial authorization in the case of living donation to a spouse, Brazil extends the exemption for the spouse, while the Uruguayan law is silent in this regard. In Brazil, the family interview is an essential part in the donation process. In Uruguay, the family interview will only occur if the deceased was not express in life the desire to donate or not. In both countries there is a social control in relation to the waiting list for an organ and tissue. Both countries are characterized with regard to crimes transplants as crimes against life and they bring in their penal legislation types incriminating against professionals and health institutions. Both countries seek to meet assistencialmente the giver and receiver. Finally, it is observed that this study is a snip of a bigger Health Care Research Program in the Mercosur, coordinated by Professor Dr. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

Key Words: Organs and human tissues donation. Transplant. Right to life.

INTRODUÇÃO

Transplante é um processo cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas...) de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão ou tecido normal de um doador, vivo ou morto.

Sabe-se que o transplante é uma modalidade terapêutica, cujo sucesso, na maior parte das vezes, ao contrário do caso de todas as outras terapias, depende mais de outros - e quase sempre de forma involuntária - do que da vontade do doente e dos médicos, pois sem um doador não ocorre o transplante. O pior dessa situação é que, em muitos casos, o doador existe, mas não chega ao conhecimento daqueles que realizam a cirurgia salvadora (ASSIS, 2000).

Algumas organizações não governamentais brasileiras estão buscando formas de aprimorar a participação da população em geral nos programas de transplantes, melhorando a consciência quanto à importância e a necessidade da doação de órgãos. Esta realidade é comovente, quando imaginamos que os candidatos a transplantes convivem diariamente com suas limitações, tendo que se confrontarem com uma série de mitos e crenças da população, resultantes, muitas vezes, de concepções mal formadas.

A fila de espera por um órgão ou tecido cresce a cada dia no nosso país. Conforme o Ministério da Saúde (2008), cerca de 68.906 pessoas atualmente têm na doação a chance de continuar vivendo. Dados de 2008 indicam que só no Rio Grande do Sul mais de 4.018 pessoas configuravam na lista de espera por um órgão ou tecido. Sabe-se, também, que muitas pessoas acabam morrendo à espera de um órgão, já que a doação não ocorre.

O Brasil possui uma das maiores políticas públicas de doação e transplantes do mundo, já que possui uma Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) em quase todos os estados, além do Distrito Federal, todas ligadas ao Ministério da Saúde, formando o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em nível local estão as Unidades Executivas, ou seja, cada instituição hospitalar com mais de oitenta leitos deve possuir a Comissão Intra-Hospitalar de

Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), que está ligada diretamente à Central estadual (CNCDO) e a ela deve prestar contas.

O Brasil também foi o pioneiro em vários transplantes. O primeiro transplante cardíaco do Brasil foi realizado em maio de 1968 por uma equipe chefiada pelo Prof. Euríclides Zerbini, do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Foi também o primeiro transplante cardíaco da América Latina. Em 1983 iniciou-se a “era moderna” dos transplantes, com o advento da Ciclosporina, a droga em uso até hoje para controle da rejeição.

No Rio Grande do Sul o primeiro transplante cardíaco realizado após a descoberta da Ciclosporina foi realizado em 1984 pelo Dr. Ivo Nesralla, médico do Instituto de Cardiologia (IC) do RS. Também foi no Instituto de Cardiologia que foi colocado o primeiro coração elétrico implantável no país, quando um paciente usou um coração artificial como ponte para um transplante cardíaco por um ano e dez meses, depois ele foi transplantado com sucesso em 2001. Além disso, foi no IC que foram realizadas as primeiras cirurgias cardíacas da América Latina usando o “heart laser” e o uso da técnica robótica (ABTO, 2010).

Foram várias as alterações legislativas ocorridas no Brasil nos últimos anos no intuito de minimizar o problema da falta de órgãos e tecidos e, assim, garantir o direito constitucional à vida a todas as pessoas.

No entanto, o Brasil figura muito aquém em se tratando de Doação e Transplantes se comparado com outros países como Espanha, EUA, Argentina e Uruguai, já que em todos esses países o número de doadores por milhão de habitantes é muito superior ao do Brasil, ocorrendo significativas diferenças em termos de captação de órgãos.

Para se ter uma idéia, segundo a Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos - ADOTE (2009), enquanto no Brasil existem 7,2 doadores por milhão de habitantes no Uruguai existem 19,1, o que faz com que o Uruguai seja um país campeão em doações se comparado aos demais países da América Latina.

Carvalho (1998) relata que é impressionante a quantidade de desinformação existente entre a população, inclusive entre profissionais da área da saúde, tomada por muitos mitos, diminuindo assim, o número de possíveis doadores.

Os transplantes estão entre os procedimentos mais complexos e fascinantes do mundo, visto que é o único tratamento em que se precisa, sempre, do

outro. Assim, é de extrema importância que se aumente o número de doações de órgãos e tecidos em nosso país.

Em função do exposto, inserido na linha de pesquisa POLÍTICA SOCIAL, PROCESSOS PARTICIPATIVOS E CIDADANIA SOCIAL, através deste estudo tentamos responder ao seguinte problema de pesquisa: Existem diferenças na Política de Doação e Transplantes de Órgãos aplicados pelo Brasil e pelo Uruguai que justifiquem a diferença na captação de órgãos nesses países? Além disso, as seguintes questões nortearam este estudo: 1º) Quais as diferenças e semelhanças na Política de Doação e Transplantes do Brasil e do Uruguai? 2º) A legislação do Uruguai é mais incentivadora para a doação-transplante em relação à legislação brasileira?

Assim, o presente estudo possui como objetivo geral Analisar as políticas de doação e transplantes do Brasil e do Uruguai, buscando identificar suas diferenças e semelhanças no que tange à captação de órgãos e/ou tecidos. E como objetivos específicos o de identificar diferenças e semelhanças na legislação de doação de órgãos e transplantes entre o Brasil e o Uruguai e Analisar aspectos limitadores do processo de doação de órgãos e transplantes no Brasil e no Uruguai.

O interesse pessoal pelo tema surgiu a partir das alterações legislativas em relação à temática, ocorridas nos últimos anos, que fez com que os Hospitais fossem obrigados a constituírem sua Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, na qual passei a exercer o cargo de Coordenadora de uma Comissão de um Hospital Geral do interior do Rio Grande do Sul. Assim, passei a tentar desvendar os entraves para a doação em nosso país, o que possibilitou um contato com os dados estatísticos de outros países vizinhos, surgindo grande interesse na realização deste estudo.

Assim, a importância da temática resta evidente vez que se trata de uma política pública de saúde, importante para toda a sociedade.

Importante mencionar, ainda, que a escolha do Uruguai para realizar este estudo comparativo se deu por se tratar de um país localizado na América Latina, assim como o Brasil, e possuir índices muito superiores de captação de órgãos se compararmos com o Brasil. Ademais, quando se realiza uma comparação busca-se evidenciar aspectos que distinguem os elementos comparados, no intuito de se buscar alternativas para a solução em questão, qual seja o baixo índice de captação de órgãos e/ou tecidos do Brasil se comparado ao Uruguai.

Desse modo, as Políticas Públicas de doação e transplantes foram utilizadas como referencial, sendo que foram analisadas as leis e portarias vigentes sobre a temática doação e transplantes em cada país estudado, Brasil e Uruguai, buscando identificar semelhanças e diferenças que justifiquem as diferenças de captações e transplantes entre esses países. Acredita-se que com este estudo possam-se identificar entraves que ocorrem no processo de doação e transplantes em nosso país.

O método de estudo aplicado foi o de uma pesquisa qualitativa. Para tanto se utilizou da pesquisa documental, descritiva e comparativa, visto que conforme Schneider (1998) a comparação aparece como sendo inerente a qualquer pesquisa no campo das ciências sociais, esteja ela direcionada para a compreensão de um evento singular ou voltada para o estudo de uma série de casos previamente escolhidos.

Para elaboração deste trabalho foi consultada vasta bibliografia, incluindo livros especializados sobre o tema, no intuito de pesquisar diferentes enfoques dos autores envolvendo a temática.

A seguir foi realizada uma busca *on-line* com levantamento bibliográfico de produções científicas nacionais, disponíveis nos resumos de artigos da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br), utilizando-se o banco de dados SCIELO (*Scientific Electronic Library*) onde se aplicou uma busca usando as palavras Doação e Transplantes.

Tendo em vista que o tema é seguidamente explorado pela mídia, houve a preocupação de se investigar a temática, também, em revistas e jornais.

Além disso, se buscou as legislações, programas, relatórios e portarias sobre a temática em sites oficiais do Brasil e do Uruguai.

Em seguida foi realizada a leitura do material, destacando-se o necessário, para aquisição de um estudo aprofundado a respeito do tema proposto. Importante destacar que o material coletado foi analisado através de uma abordagem dialética crítica.

Como os dados são públicos, não se fez necessária a análise por Comitê de Ética.

Ademais, para a realização da análise dos resultados foram os dados divididos em categorias, para uma melhor abordagem da temática doação-

transplante. Foram elas: aspectos ligados ao processo doação-transplante e aspectos ligados à assistência.

Na categoria ligada ao processo doação-transplante se pretendeu avaliar a dinâmica da doação e transplante na legislação de cada país, onde foram analisados os seguintes enfoques: tipo de doação adotada pelo país; tipo de consentimento empregado na doação entre-vivos e pós-morte; dinâmica do processo doação-transplante; critério de Morte aplicado pelo país; diagnóstico de Morte Encefálica aplicado no país; controle social empregado pelo país; eventual punição por omissão do profissional e da instituição.

Já na categoria ligada à assistência pretendeu-se avaliar aspectos ligados ao atendimento prestado à família, ao doador e ao receptor.

Cabe ressaltar, ainda, que este estudo é um recorte de um projeto maior de Pesquisa em Atenção à Saúde no Mercosul, coordenado pela Prof^a Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, orientadora desta Dissertação de Mestrado.

Os achados da pesquisa foram organizados em quatro capítulos, dos quais decorre uma conclusão geral. Sendo que no primeiro capítulo foi abordada a temática da doação e transplante, o direito à vida e o papel do estado na consecução desse direito.

A seguir, no segundo capítulo foi realizada uma breve análise do Brasil, caracterizando-se sua população, economia, acesso à saúde e foi abordada a política pública de doação e transplantes aplicada por esse país.

No terceiro capítulo foi feita uma breve análise do Uruguai, caracterizando-se sua população, economia, acesso à saúde e foi abordado sobre a política pública de doação e transplantes aplicada por esse país.

Já no quarto capítulo foi realizada uma análise das simetrias e assimetrias encontradas entre as Políticas Nacionais de Transplantes aplicadas pelo Brasil e pelo Uruguai, ocasião em que se buscou identificar aspectos limitadores do processo de Doação de Órgãos e Transplantes do Brasil e do Uruguai, confirmando, assim, os objetivos propostos para este estudo.

Por fim, o último item se refere às principais facilidades, dificuldades e conclusões derivadas do estudo em questão, apresentando também questionamentos e sugestões para novos estudos.

I DOAÇÃO E TRANSPLANTE: O DIREITO À VIDA E O PAPEL DO ESTADO

*"Transplante é muito mais do que uma simples cirurgia. É um procedimento que envolve a mais profunda conexão entre seres humanos."
James F. Burdick*

Neste capítulo se abordará o direito à vida e o papel do estado para a consecução deste direito.

O direito à vida é o mais importante de todos os direitos, tendo em vista que, a partir dele, o indivíduo passa a usufruir uma gama de demais direitos assegurados aos seres humanos.

No Brasil, o direito à vida se adquire desde a fecundação do óvulo se estendendo até a morte do indivíduo. Por esse motivo no Brasil o aborto é considerado crime. Ao nascer e adquirir personalidade o indivíduo passa a obter o seu direito à vida na forma mais plena, adquirindo direitos pelos quais se estabelecem parâmetros de qualidade, sem nenhum tipo de distinção, como religião, sexo, liberdade, dentre outros.

Assim, conforme Moraes (2006, p. 30):

A Constituição Federal garante que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

É importante ressaltar que nosso país foi signatário do Pacto de São José da Costa Rica¹, cujo artigo 4º menciona: "Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente".

É a lei asseguradora dos direitos do ser humano enquanto a sua subsistência. O intuito do direito à vida é a preservação da dignidade humana, que visa desde o princípio da vida e suas formas de sobrevivência, respeitando a liberdade de expressão do ser, para que este possa contribuir na execução de suas ações e decisões, de forma a não se tornar prejudicial à própria sobrevivência humana.

¹ Decreto 678 de novembro de 1969.

O direito deverá estar sempre trabalhando a favor e garantindo melhor qualidade de vida aos seres humanos. Assim, o Estado possui um papel importante na preservação do direito à vida. Mais que assegurar, o estado deverá garantir um direito ao indivíduo através de políticas públicas, nas quais está inserido o tema de doação e transplantes de órgãos.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto como um ser compartimentalizado (coração, fígado, pulmão, etc.) e sim na sua totalidade.

Luchesse (2004) enfatiza que as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

A mesma autora ainda observa que as políticas públicas, dentre elas a política de doação e transplantes, se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por esse motivo, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve ser permanente.

Conforme Campos (2004) os programas de saúde devem ser criados baseados em prioridades, eleitas segundo alguns critérios como: magnitude, vulnerabilidade, transcendência, combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas calcadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas. Assim também ocorreu com o Sistema Nacional de Transplantes, ou seja, observou-se um crescimento na fila de espera por um órgão ou tecido e traçou-se medidas drásticas para conter esse crescimento, como a

obrigatoriedade no Brasil de cada instituição hospitalar com mais e 80 (oitenta) leitos constituir as chamadas CIHDOTTs, que são as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e tecidos para Transplantes.

O processo doação-transplante apresenta peculiaridades que necessitam de políticas direcionadas para poder, efetivamente, modificar o quadro atual. Entre os inúmeros obstáculos existentes para o desenvolvimento dos transplantes no País se destacam a carência de gestão nas instituições de saúde, o planejamento e a implementação de ações estratégicas capazes de criar condições de resolução para a logística da doação (NANNI, G. E., 1999).

O caráter social e democrático do acesso aos transplantes deve prevalecer no estabelecimento de políticas de saúde, uma vez que, em última instância, o direito à vida se sobrepõe a tudo e é um direito de todos (BERNARD, J., 1998). Por esse motivo, a população deverá estar esclarecida acerca da Política Nacional de Transplantes, para que se aumente a oferta de órgãos no país, diminuindo-se, assim, a famosa e interminável lista de espera. Nesse sentido, o pensamento de Moraes (2006) é relevante, ao referir que:

A falta de esclarecimento, o noticiário sensacionalista sobre tráfico de órgãos, a ausência de programas permanentes voltados para a conscientização da população e o incentivo à captação de órgãos, contribuem para alimentar dúvidas e arraigar mitos e preconceitos.

É com o advento do constitucionalismo que o reconhecimento dos direitos sociais começa a ganhar força, incluindo-se neles, de forma genérica, o direito à saúde, até ser explicitado e ganhar autonomia em documentos internacionais como a Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946 e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1976.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 garante, em seu artigo 5º, que todos são iguais perante a lei e a inviolabilidade do direito à vida. Assim, esse é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos.

A Constituição Federal do Brasil proclama, ainda, o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, a primeira dizendo respeito ao direito de continuar vivo, e a segunda de se ter uma vida digna quanto à subsistência. Para Moraes (2006, p. 31):

O início da mais preciosa garantia individual deverá ser dado pelo biólogo, cabendo ao jurista, tão-somente, dar-lhe o enquadramento legal, pois do ponto de vista biológico a vida se inicia com a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, resultando um ovo ou zigoto. Assim, a vida viável, portanto, começa com a nidação, quando se inicia a gravidez.

Da mesma forma a Constituição da República do Uruguai assegura o direito à vida , ao afirmar² em seu artigo 7º:

Artículo 7º- Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecen por razones de interés general (URUGUAI, 1967).

Cabe ressaltar que a Constituição Federal brasileira assegura o direito à vida e a protege de forma geral, inclusive intra-uterina, tanto é assim que no Brasil o aborto é considerado crime. Portanto, o direito a vida e a uma melhor qualidade de vida, com a alternativa do transplante, como forma de último tratamento, está resguardado pelo direito constitucional a todos os indivíduos brasileiros e aos estrangeiros residentes no Brasil, conforme prescreve o artigo 5º da CF/88, a saber:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) (BRASIL, 1988).

Desde a sua primeira Constituição, o Brasil já se preocupava com a defesa dos Direitos Fundamentais. A Carta de 1924 previa, em seu artigo 179, um rol de 35 (trinta e cinco) direitos destinados aos cidadãos brasileiros. Mas, pela primeira vez nas Cartas Constitucionais brasileiras, a de 1988 apresenta uma seção específica para a saúde, consagrando-a como direito do cidadão e dever do Estado. Isso acabou por assegurar o acesso pleno ao sistema de saúde, passando, assim, a não depender da renda para se ter direito à saúde, tendo em vista que da noção de

² Constitución de 1967 con las modificaciones Plebiscitadas el 26 de Noviembre de 1989, el 26 de Noviembre de 1994, el 8 de Diciembre de 1996 Y el 31 de Octubre de 2004.

seguro social a saúde passou a ser considerada como um dos pilares da seguridade social, ao lado da previdência e assistência.

Atualmente, o tratamento jurídico dos aspectos físicos do indivíduo também se inscreve no quadro dos direitos da personalidade. A natureza especial desses direitos vem apontando, conforme Gediel (2000), para a delimitação de um direito corporal, ou seja, a tendência a dar um tratamento homogêneo às questões concernentes à proteção e utilização do corpo humano, pelo Direito, partindo do estatuto civil do corpo humano.

O desenvolvimento da medicina e a abundante utilização de instrumentos científicos, desde a primeira metade do século XX, repercutiram sobre a vida, a saúde e o corpo humano, e contribuíram, não só para a tutela jurídica da personalidade humana, mas principalmente para a afirmação da proteção corporal do indivíduo.

No final do século XX, o imenso crescimento, a aplicação e difusão de novas técnicas das ciências biomédicas e seus impactos imprevisíveis sobre o homem têm resultado em inúmeros desdobramentos, que estão a exigir constante renovação do conteúdo e das formas de tutela corporal do ser humano, destacando-se a posição do sujeito e os limites éticos da Ciência Moderna.

Gediel (op.cit., 2000) cita os vários ordenamentos que surgiram, nesse sentido, desde a legislação italiana até a portuguesa, a canadense e a francesa no século passado, ressaltando, porém, que nem todos os países possuem legislações tão completas e articuladas nesse aspecto.

No Brasil, o aborto e a eutanásia são considerados crime de acordo com o Código Penal Brasileiro³, conforme afirma Gediel (op.cit.,2000), e a integridade física do sujeito deve ser mantida. Assim, toda e qualquer intervenção realizada no corpo humano, contrariando a vontade do sujeito, fere a dignidade da pessoa e resulta em violação à integridade física do indivíduo.

Desse modo, a inclusão da manifestação da vontade dos indivíduos, como requisito legal de validade jurídica dos atos envolvendo disposições corporais, sob a forma de consentimento informado, para permitir a aplicação e o desenvolvimento de técnicas terapêuticas e científicas que atingem a integridade do corpo humano, abre uma brecha no princípio da intangibilidade do corpo e, ainda, evidencia o

³ Código Penal Brasileiro: Decreto-Lei 2848 de 7 de Dezembro de 1940.

reconhecimento de uma dimensão ética que o Direito contemporâneo localiza no indivíduo e sua autonomia.

Portanto, segundo o Direito Constitucional Brasileiro, os procedimentos relativos a transplantes precisam ser autorizados e consentidos pelo familiar do doador, por ocorrência da Morte Encefálica (ME) ou Pós-Parada Cárdio-respiratória (PCR) e também consentidos pelo receptor, em se tratando de receptor vivo.

O direito à saúde, nos termos do art. 196 da Constituição Federal pressupõe que o Estado deve garantir não apenas serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando-se, assim, o risco de adoecer, como bem explicita Santos (2009).

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

Em todos os tempos, o homem sempre elegeu como necessidade precípua o reconhecimento de seus direitos, baseado em princípios universais e permanentes inerentes à própria natureza humana, de modo que estes direitos – direitos humanos – nascem com o homem (BOCCHI JUNIOR, 2003).

Em se tratando de direitos humanos, o direito à vida também está abarcado pelos princípios da irrevogabilidade e da complementaridade solidária, que são chamados de princípios estruturais. O princípio da irrevogabilidade diz que a evolução histórica só faz ampliar a necessidade de formulação de novos Direitos e, por isso, aqueles já declarados e reconhecidos oficialmente não podem ser revogados, “(...) dado que eles se impõem, pela sua própria natureza, não só aos Poderes Públicos constituídos em cada Estado, como a todos os Estados no plano internacional, e até mesmo ao próprio Poder Constituinte”. (COMPARATO, 2001).

Ainda conforme Comparato (op. cit., 2001) o princípio da complementaridade solidária dos direitos humanos de qualquer espécie foi proclamado solenemente pela Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, nos seguintes termos:

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar dos direitos

humanos globalmente, de modo justo e eqüitativo. com o mesmo fundamento e a mesma ênfase. Levando em conta a importância das particularidades nacionais e regionais, bem como os diferentes elementos de base históricos, culturais e religiosos, é dever dos Estados, independentemente de seus sistemas políticos, econômicos e culturais, promover e proteger todos os direitos humanos e as liberdades fundamentais.

Dessa forma, os Estados são incumbidos de assegurar a proteção e garantir a eficácia dos Direitos Humanos, dentre eles o direito à vida. Ao Estado cabe o dever de buscar o bem comum.

No entanto, os Estados têm se mostrado como os maiores violadores dos Direitos Humanos, pela simples razão de ser Estado, conforme o pensamento de Bobbio (1992):

Seríamos tentados a dizer que ocorreu uma inversão radical da fórmula de Hobbes, todos os Estados são bons (o Estado é bom pelo simples fato de ser Estado), enquanto hoje todos os Estados são maus (o Estado é mau, essencialmente, pelo simples fato de ser Estado).

A história do surgimento do Estado moderno é a história da tensão do complexo sistema de poder dos senhorios de origem feudal até o Estado territorial concentrado e unitário, por meio da racionalização da gestão do poder e da própria organização política imposta pela evolução das condições históricas e materiais.

Conforme Weber (1980), tal centralização se traduz no monopólio da força legítima, apontando a dimensão propriamente política do Estado para além de seu aspecto organizativo e funcional. Isso implica a pesquisa de forças históricas que interpretaram o novo curso e se tornaram portadoras dos novos interesses políticos. Assim, o Estado também expressa relações de poder entre interesses sociais conflitantes.

Com o advento da era moderna, a saúde torna-se matéria de Estado, isto é, das políticas públicas. É justamente no grande movimento compreendido pelo processo histórico do século XV ao XIX, em que se estabelece a ordem capitalista na Europa, é que a saúde passa a ser objeto da intervenção estatal por meio de políticas públicas (FOUCAULT, 1977).

O reconhecimento da saúde como direito fundamental da pessoa humana trouxe, como anteriormente referenciado, deveres e responsabilidades do estado,

principalmente no que tange ao fomento à pesquisa científica, aperfeiçoamento tecnológico, permanentes ações preventivas e educativas para a população e implemento de políticas públicas de saúde, que assegurem o gozo e exercício deste direito (DALLARI, 2001).

Assim, as políticas públicas constituem instrumentos para a atuação do Estado e é nesse contexto que se formam as Políticas Públicas de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em cada país.

II O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL E O SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES DO BRASIL

Neste capítulo se fará uma breve análise do Brasil, caracterizando-se sua população, economia, acesso à saúde e se abordará a política pública de doação e transplantes aplicada por esse país.

O Brasil é o maior país da América Latina, ocupa quase a metade do território, cerca de 47,3%, da América do Sul. O Brasil é o terceiro maior país em área, o segundo mais populoso das Américas e o quinto maior em área e população do mundo. Dados de 2007 do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (Dieese) indicam que o índice de analfabetismo do Brasil ainda é bastante alto. Cerca de 12% dos brasileiros são analfabetos e 30% são analfabetos funcionais, ou seja, são capazes de ler textos, mas não conseguem interpretá-los. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - de 2009 a expectativa de vida da população brasileira é de 77 anos para as mulheres e de 69,4 anos para os homens. Segundo dados da OPAS (2006) aproximadamente 7,5% da população brasileira encontra-se abaixo da linha internacional da pobreza.

A população do Brasil é bastante miscigenada, sendo que os povos que mais imigraram para o Brasil foram os alemães, os austríacos, os húngaros, os eslavos, os espanhóis, os italianos, os japoneses, os sírios, os libaneses e os suíços.

A economia do Brasil é baseada na agricultura, pecuária e indústria, principalmente de aço, petróleo e fabricação de aeronaves para todo o mundo. O Brasil é um dos países que mais cresce economicamente e a projeção é que seja a 4ª economia mundial em 2050.

No entanto, em se tratando de saúde as notícias não são tão boas assim. Vejamos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que é o sistema empregado no Brasil, foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde, tendo sua raiz nos textos dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde. Anterior ao SUS, a assistência médica no Brasil era realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, então restrita aos contribuintes da previdência social, ou seja, aos empregados com carteira assinada.

As pessoas que não contribuíaam eram atendidas em serviços filantrópicos, como as Santas Casas de Misericórdia, na condição de indigentes.

O INAMPS tinha seus estabelecimentos próprios para o atendimento, mas a maioria dos atendimentos eram realizados através de convênios com a iniciativa privada, que determinava a remuneração dos serviços.

Também se desenvolveram no Brasil serviços de atenção à saúde de caráter estatal como a Fundação Osvaldo Cruz, Instituto Butantã, escolas de Saúde Pública, universidades, hospitais e centros de saúde, todos sob gestão típica do Estado.

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil, construída na década de 80, com ênfase no meio acadêmico, apresentou como proposta uma relação diferente entre estado e sociedade, incentivando a presença de novos atores sociais na definição das Políticas de Saúde, através dos Conselhos e Conferências de Saúde. Segundo Andrade et al (2000, p.2):

O grande marco histórico nesse processo foi, sem dúvida alguma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foi o marco na história da saúde pública no Brasil, ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado conforme está expresso no artigo 196:

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

Assim, houve uma grande intenção de ampliação na operacionalização e nas garantias dos direitos de cidadania aos cidadãos, como à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva (ANDRADE et al, 2000).

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual. Em 1990 foi regulamentado o SUS através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que

disciplina a descentralização política e administrativa, e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que regulamenta a participação popular na gestão, o chamado controle social. As duas leis compõem a Lei Orgânica da Saúde, e estão em consonância com o artigo 196 da Constituição do Brasil de 1988.

Da legislação extraímos algumas das diretrizes e princípios fundamentais do SUS que são (BRASIL, 1990):

Universalidade: é a garantia de atenção à saúde a todo cidadão. Com a universalidade o cidadão tem o direito de acesso a todos os serviços de saúde, seja público ou contratado/conveniado pelo serviço público. A saúde é um direito do cidadão e dever dos governos: municipal, estadual e federal.

Eqüidade: é a garantia de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido nos serviços de saúde a qualquer nível de complexidade de assistência independente do local de moradia, sem privilégio e/ou barreiras até o limite que o sistema pode oferecer, com atendimento oportuno aos que necessitam de maior atenção.

Integralidade: é a compreensão de que o homem é um ser integral e a atenção à saúde inclui um sistema integrado de ações de promoção, proteção e recuperação à saúde, individual e coletivo.

Participação da comunidade: também chamado de controle social, garante a participação dos usuários na gestão do SUS, que se efetiva pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

Descentralização político-administrativa: é a existência de competências comuns entre as esferas do governo. Pode ser tripartite, nacional, estadual e municipal, com gestor único em cada esfera. Segundo Almeida (2000) a descentralização, na perspectiva política, tem como objetivos a democratização do estado e a promoção de maior justiça social, sendo um processo importante para a universalização do acesso e de melhor controle dos beneficiários sobre os serviços sociais. Os municípios têm o papel mais importante na prestação e gerenciamento dos serviços de saúde.

A Constituição do Brasil de 1988, no artigo 200, apresenta como competência do SUS:

Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

O SUS é considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo, por seus princípios e abrangência na assistência à saúde, o Ministério da Saúde (2009), assim o define:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos - atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros.

Alguns autores apontam para o SUS como uma reforma, projeto incompleto, pois sua implantação não é desenvolvida de forma homogênea, “pois há desigualdade no atendimento, nas necessidades e na utilização de serviços de saúde, há problemas de financiamento, da gestão do sistema e do trabalho em saúde, entre outros” (CAMPOS, 2007, p.1866).

No modelo neoliberal o estado brasileiro ainda é o produtor direto do SUS, agente financiador da saúde, com um investimento decrescente, e maior preocupação com as despesas do que com os investimentos, apenas 1% do

orçamento fiscal no Brasil vai para saúde, além de se gastar pouco com a saúde se gasta mal.

Em matéria de transplantes o SUS garante a cobertura integral. As ações relativas aos transplantes também podem ser realizadas pela iniciativa privada, no entanto, nenhum dos planos de saúde vigentes no Brasil dão cobertura para os transplantes.

Para a regulação dos serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Lei 9.656/98, a MP 1.661/98, hoje MP 2.097 e a Lei 9.961/00), com o objetivo de se obter um maior controle dos serviços prestados pelo mercado privado. Essa Agência coloca que os objetivos e as estratégias diferenciadas de implementação da regulamentação evoluem a partir do conhecimento sobre cada setor, como, por exemplo: do número de operadoras com as mais diversas características e formatos jurídicos (cooperativas, instituições filantrópicas, seguradoras e entidades e sistema de auto-gestão); do número de consumidores; do estabelecimento de preços dos bens e serviços de saúde; da variação de modelos de cobertura assistencial, variando da integral à ambulatorial e hospitalar.

Cabe enfatizar, ainda, que a desigualdade no SUS é a desigualdade social no Brasil, em função da má distribuição de renda e da precariedade das políticas sociais. Acentuando o aumento da violência, degradação ambiental ocasionada também pela urbanização descontrolada e pela ineficiência do Estado na gestão das questões de infra-estrutura, saneamento e políticas públicas.

Na saúde são consideráveis os avanços com relação à cobertura por vacinação, controle de epidemias, mas em contrapartida, há o aumento de doentes com tuberculose, leishmaniose e malária, que atingem as populações mais carentes.

No Estado Contemporâneo, o sistema de saúde público e o privado estão misturados na prestação de serviços ou convênios, a grande parte da gestão hospitalar fica a cargo do setor privado e a quase totalidade da atenção básica para o SUS. O Estado ora defende as ações do setor público, ora os interesses corporativos e os valores do capital, “o que produz uma tensão permanente entre estatização e privatização da atenção e da gestão à saúde” (CAMPOS, 2007, p.1867).

Com a manutenção desta forma de prestar serviços fragmentados o sistema de saúde se efetiva no modelo de mercado. Esta lógica de mercado é

evidenciada no SUS, tornando os usuários facetados, rompendo com a integralidade dita pelo SUS. Como os serviços pactuados são autônomos, o usuário é quem deve deslocar-se entre os serviços, existe uma desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços e mesmo em serviços de uma mesma instituição de saúde que atende pelo SUS, o sistema de referência e contra-referência é falho, o acesso também é burocratizado e existem resquícios de clientelismo.

Ainda é relevante tratar a questão da regionalização, do território em que as populações são distribuídas. Não há escolha do usuário ao serviço, tem que seguir as normas do território, com fronteiras setoriais e delimitadas, hierarquia-disciplina da demanda (FEUERWERKER, 2005), como exemplo as Estratégias de Saúde da Família, e há casos de não ter nem sequer Unidades Básicas de Saúde perto de residências, ficando algumas comunidades totalmente isoladas.

A descentralização assumiu a forma de municipalização que apresenta muitos problemas, como a gestão dos estados também. Alguns municípios não têm a capacidade financeira nem gestão para criarem uma rede de serviços do SUS a sua população. Esta disparidade entre os municípios leva-nos a “comprar” das cidades pólos os serviços que necessitam. E também ocorre, o não repasse da verba ao município prestador do serviço e nem redistribuição de recursos por parte do SUS. Mais do que isso, cada município e estado pode aderir ou não ao SUS, dificultando e criando diferenças de acesso conforme o local que o usuário reside. Ficam beneficiados os municípios que tem maior capacidade de oferta de serviços (lei de mercado na saúde).

No Brasil, há os que têm seguro-saúde e se utilizam do SUS para cuidados que possuem mais custos e complexidade, numa ação oportunista ou desesperada (SILVA, 2003), deixadas pelas brechas dadas pelo sistema, consumindo os recursos que poderiam ser mais bem utilizados pelo SUS, se fosse regulado e ordenado.

O SUS sugere a relação usuário-profissional horizontal, e aí reside mais um problema, onde fica a responsabilidade, o controle social, ainda que se fale em equipes de saúde, educação permanente, interdisciplinaridade, a saúde é de controle centrado no modelo médico, dando prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção á saúde.

Quanto aos recursos humanos que “fazem” o SUS, reconhecemos profissionais insatisfeitos com a má remuneração, falta de condições de trabalho, de

servidores públicos, a terceirização de profissionais, muitos despreparados, categorias não regulamentadas, imprecisão de funções, contratações por interesses políticos, os chamados apadrinhamentos.

Já a participação popular se dá pelo Controle Social nos Conselhos de Saúde, que em sua composição deve ser paritária no número de representantes, mas o que se presencia é a maior competência dos representantes dos gestores e prestadores de serviço, inclusive financeira, tornando as discussões pouco igualitárias, seguindo as direções do capital, demonstrando interesses antagônicos. Os conselhos estão desprestigiados, entre outros problemas, existe a grande dúvida como ser radicalmente democrático no sistema neoliberal. Nogueira (2008, p.237) destaca os Conselhos assim:

Um dos pontos mais destacados na Conferência foi a falta de autonomia frente ao poder executivo, além de outros, como a falta de compromisso político dos gestores, a ausência de uma cultura de controle social, a desarticulação institucional dos Conselhos, as deficiências na representação e a dificuldade em manejar as informações em saúde.

Assim, citamos alguns problemas da saúde da atualidade, conforme Carvalho (1993, p. 4):

Aumento da demanda: universalização, desemprego e baixos salários, tornando proibitivo o uso de sistemas complementares. Agravamento da demanda, desemprego, miséria, pobreza e fome gerando mais doenças e agravando as existentes. Encarecimento da assistência: incorporação desordenada de equipamentos, medicamentos e especialização precoce e errônea dos profissionais de saúde. Queda real do financiamento em proporção às necessidades sentidas e acumuladas.

Importante ressaltar que o SUS no Estado Contemporâneo atende às populações que não têm acesso aos subsistemas privados, perdendo assim, o SUS, sua proposição inscrita na Carta Constitucional de 1988, ou seja, seu caráter de sistema de saúde universal. No entanto, em se tratando de doação e transplante o SUS rege e financia todas as atividades desde o diagnóstico, passando pelo procedimento cirúrgico em si até a assistência ao receptor do enxerto, seja medicamentosa, seja multiprofissional.

II.1 O Sistema Nacional de Transplantes do Brasil

A seguir faremos um breve histórico da legislação de doação e transplantes de órgãos e/ou tecidos do Brasil, bem como será abordado o funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes nos dias de hoje. Vejamos.

O primeiro diploma legal brasileiro em matéria de doação e transplantes foi a Lei 4.280 de 06 de Novembro de 1963 que dispunha sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida, permitindo, na época, apenas a doação de córneas da pessoa falecida, o que poderia ser feito através da própria manifestação feita pelo *de cuius* ainda em vida ou, também, através do consentimento do cônjuge ou parente até 2º grau⁴, ou, ainda, através do consentimento das corporações religiosas ou civis da qual o falecido fazia parte.

Lei 4.280/1963

Art. 1º É permitida a extirpação de partes de cadáver, para fins de transplante, desde que o *de cuius* tenha deixado autorização escrita ou que não haja oposição por parte do cônjuge ou dos parentes até o segundo grau, ou de corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos.

Parágrafo Único. Feito o levantamento do órgão ou tecido destinado à transplantação, o cadáver será devida, cuidadosa e condignamente recomposto. (BRASIL, 1963)

Conforme a Lei 4.280/1963 a doação só poderia ser feita à pessoa ou instituição determinada pelo falecido, o por esse diploma legal eram chamados de “contemplados”.

Lei 4.280/1963

(...)

Art. 6º A doação da parte orgânica a extirpar só poderá ser feita a pessoa determinada ou a instituição idônea, aprovada e reconhecida pelo Secretário da Saúde do Estado e pelo Governador ou Prefeito do Distrito Federal.

Art. 7º Os Diretores de Institutos Universitários e dos Hospitais devem comunicar ao Diretor da Saúde Pública, semanalmente, quais os enfermos que espontaneamente se propuseram a fazer as doações post recortem, de seus tecidos ou órgãos, com destino a transplante, e o nome das instituições, ou pessoas contempladas. (BRASIL, 1963)

⁴ O parentesco se refere aos vínculos existentes entre membros de uma mesma família. Esses vínculos se organizam em linhas (reta, colateral e por afinidade) e se medem em graus (1º, 2º, 3º e assim por diante). Os graus servem para verificar a proximidade e remotidade entre os parentes. Parente de até 2º grau: linha descendente são os filhos (1º grau) e netos (2º grau), pais (1º grau), avós (2º grau), linha colateral são os irmãos (2º grau). Note-se que não existe linhagem de 1º grau na linha colateral.

Revogando a Lei 4.280/1963 sobreveio a Lei 5.479/1968 que inovou ao possibilitar, além da doação *pós mortem*, a doação em vida. Assim, o indivíduo absolutamente capaz (maior de idade e com discernimento para os atos da vida civil) poderia dispor de tecidos e órgãos, inclusive de seu corpo vivo. No entanto, essa Lei nunca foi regulamentada, o que acabou por causar obstáculos a sua efetiva aplicação.

Lei 5.479/1968

(...)

Art. 10. É permitido à pessoa maior e capaz dispor de órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins humanitários e terapêuticos.

§ 1º A autorização do disponente deverá especificar o tecido, ou órgão, ou a parte objeto da retirada.

§ 2º Só é possível a retirada, a que se refere *êste* artigo, quando se tratar de órgãos duplos ou tecidos, vísceras ou partes e desde que não impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente e corresponda a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável, para o paciente receptor (BRASIL, 1968).

O legislador constituinte, atento à importância da temática, disciplinou o artigo 199, § 4º da Constituição Federal de 1988, assim dispondo:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

(...)

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

A Lei 8.489 de 18 de Novembro de 1992 que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e o Decreto 879 de 22 de Julho de 1973, que regulamentou essa Lei, vieram regulamentar o texto constitucional, determinando que no caso de ausência de manifestação em vida do *de cujus*, a família poderia autorizar de forma verbal para o médico sobre a doação ou não de órgãos e/ou tecidos do falecido, nesses termos:

Lei 8.489/1992

(...)

Art. 3º A permissão para o aproveitamento, para os fins determinados no art. 1º desta lei, efetivar-se-á mediante a satisfação das seguintes condições:

I - por desejo expresso do disponente manifestado em vida, através de documento pessoal ou oficial;

II - na ausência do documento referido no inciso I deste artigo, a retirada de órgãos será procedida se não houver manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente (BRASIL, 1992).

Importante mencionar que esse diploma legal permitiu expressamente à pessoa capaz a disposição gratuita, em consonância com o determinado pela Constituição Federal de 1988, de órgãos, tecidos ou partes do próprio corpo vivo para fins humanitários e terapêuticos. A doação em vida poderia ocorrer em se tratando de órgão duplos (ex: rins e pulmões), partes de órgãos (ex: parte de fígado), tecidos, vísceras ou partes do corpo que não implicasse em mutilação grave para o doador. Vejamos.

Lei 8.489/1992

(...)

Art. 10. É permitida à pessoa maior e capaz dispor gratuitamente de órgãos, tecidos ou partes do próprio corpo vivo para fins humanitários e terapêuticos.

§ 1º A permissão prevista no *caput* deste artigo limita-se à doação entre avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, cunhados e entre cônjuges.

§ 2º Qualquer doação entre pessoas não relacionadas no parágrafo anterior somente poderá ser realizada após autorização judicial.

§ 3º O disponente deverá autorizar especificamente o tecido, órgãos ou parte do corpo objeto da retirada.

§ 4º Só é permitida a doação referida no *caput* deste artigo quando se tratar de órgãos duplos, partes de órgãos, tecidos, vísceras ou partes do corpo que não impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora (BRASIL, 1992).

Note-se que a doação em vida poderia se dar sem necessidade de autorização judicial para o parentesco até 4º grau (primo em segundo grau) e também para parentes por afinidade e não consangüíneos como os cunhados. Para todos os demais era exigida a autorização judicial.

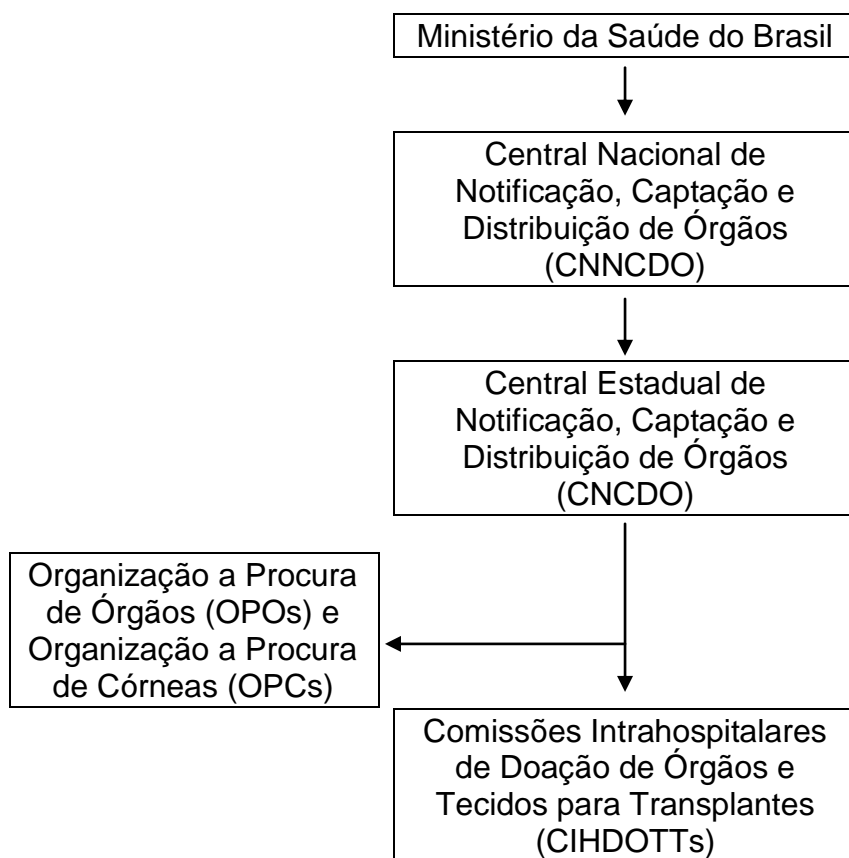
Esse diploma legal não logrou êxito em aumentar o número de doações, até que foi revogado pela Lei 9.434 de 05 de Fevereiro de 1997 que é a chamada Lei dos Transplantes, que vigora nos dias de hoje. Vejamos.

Hoje o Brasil o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é definido pela Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 e regulamentado pelo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997 e tem como finalidade desenvolver e coordenar o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas.

Fazem parte desse sistema O Ministério da Saúde, a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) que são as unidades executivas, nos Estados e Distrito Federal, das atividades do Sistema Nacional de Transplantes, segundo o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997 e Portaria/MS nº 3.407, de 5 de agosto de 1998.

Ligadas às CNCDOs existem Organizações a Procura de Órgãos (OPOs) e Organizações a Procura de Córneas (OPCs) em alguns estados e as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes que são chamadas de CIHDOTTs. De acordo com o Ministério da Saúde, assim está organizado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Brasil:

Figura 01: Fluxograma representativo do Sistema Nacional de Transplantes do Brasil



Fonte: Ministério da Saúde (2010)

A partir de junho de 2006 restou obrigatória a instalação das Comissões Intrahospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais do país que tiverem 80 (oitenta) ou mais leitos, sejam públicos, privados ou filantrópicos. Todas essas medidas foram sendo tomadas para que se aumente o número de captação de órgãos e tecidos para transplantes, já que a fila de espera por um órgão ou tecido cresce a cada dia.

Foram atribuídas às CIHDOTTs um número expressivo de obrigações para que se aumente a captação de órgãos e tecidos, dentre elas a tarefa de realizar a entrevista familiar. A citada entrevista tem por finalidade oferecer à família a possibilidade de doação de órgãos/tecidos do ente falecido, já que a Lei nº 10.211/01 alterou a Lei 9.434/97 e pôs fim à Doação Presumida, conforme anteriormente mencionado. (PITREZ, 2002)

A Lei 9.434/1997 havia introduzido um artigo 4º na Lei dos Transplantes, que posteriormente foi revogado, que se referia ao consentimento do doador para

doar seus órgãos após sua morte. Conforme a redação original era adotado o consentimento presumido, ou seja, era doador toda a pessoa capaz que não havia manifestado em vida a vontade de não doar. Assim, restou instituída no Brasil a doação presumida.

Lei 9.434/1997

(...)

Art. 4º Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem.

§ 1º A expressão "não-doador de órgãos e tecidos" deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável na Carteira de identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição.

§ 2º A gravação de que trata este artigo será obrigatória em todo o território nacional a todos os órgãos de identificação civil e departamentos de trânsito, decorridos trinta dias da publicação desta Lei.

§ 3º O portador de Carteira de Identidade Civil ou de Carteira Nacional de Habilitação emitidas até a data a que se refere o parágrafo anterior poderá manifestar sua vontade de não doador de tecidos, órgãos ou partes do corpo após a morte, comparecendo ao órgão oficial de identificação civil ou departamento de trânsito e procedendo à gravação da expressão "não-doador de órgãos e tecidos".

§ 4º A manifestação de vontade feita na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação poderá ser reformulada a qualquer momento, registrando-se, no documento, a nova declaração de vontade.

§ 5º No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes, quanto à condição de doador ou não, do morto, prevalecerá aquele cuja emissão for mais recente (BRASIL, 1997).

Esse texto legal acabou por gerar uma grande polêmica, visto que as pessoas que não desejassem ser doadoras deveriam registrar em algum documento (Registro Geral ou Carteira de Trabalho e Previdência Social) essa opção. Ocorre que se a pessoa tinha alguma dúvida ou medo, acabava por manifestar-se negativamente à doação de seus órgãos, assim houve uma redução expressiva na captação de órgãos em nosso país por conta da doação presumida.

Ademais, esse dispositivo foi fortemente criticado pelos juristas, principalmente porque suprimiu as liberdades básicas do ser humano e porque houve interferência do Estado na autonomia das pessoas, o que fez com que legislador revogasse a Lei 9.434/1997.

Hoje no Brasil só ocorrerá transplante se a família autorizar. Importante mencionar que somente os parentes até 2º grau, inclusive, e o cônjuge e ou

companheiro são capazes de efetivar a autorização. Assim, somente pais, avós, filhos, netos ou irmãos do falecido, além do cônjuge ou companheiro, poderão autorizar a doação. Excluiu-se totalmente a possibilidade de um tio, sobrinho ou outro familiar consangüíneo ou por afinidade efetivarem a doação.

Segundo Assis (2000), algumas pessoas se apegam a princípios religiosos para justificarem a opção de serem “não doadoras” de órgãos, mas praticamente todas as religiões, filosofias e crenças são favoráveis à doação como um ato de caridade, solidariedade e amor ao próximo e quase todas, coerentemente, deixam a decisão para o indivíduo.

Falar sobre doação de órgãos com os familiares de uma pessoa que teve morte encefálica é muito difícil para os profissionais de saúde, as dificuldades são culturais, derivadas, muitas vezes, da desinformação e de natureza psicológica. O não entendimento do conceito de morte encefálica pela população em geral, é uma das razões que leva muitas pessoas a optarem por não doar os órgãos de um ente querido.

Importante salientar que a Morte Encefálica está disciplinada na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/1997 e caracteriza-se pela morte do cérebro, incluindo tronco cerebral que desempenha funções vitais como controle da respiração. Quando isso a parada cardíaca é inevitável. Embora ainda haja batimentos, o indivíduo não pode respirar sem os aparelhos e o coração não baterá por mais de algumas poucas horas. Para que seja possível o diagnóstico de Morte Encefálica a causa da lesão cerebral deve ser necessariamente conhecida, seja ela uma lesão estrutural ou metabólica e as estruturas vitais do encéfalo necessárias para manter a consciência e a vida vegetativa estão lesadas irreversivelmente.

Segundo Glezer (2004) o trabalho mais reconhecido sobre a Morte Encefálica é o da *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*, de 1968, que passa a definir o chamado coma irreversível. Os critérios utilizados atualmente são muito semelhantes, diferindo apenas em relação ao tempo de observação do paciente e em relação à realização ou não de exames subsidiários comprobatórios da morte encefálica.

No Brasil a constatação da Morte Encefálica ocorre a partir da realização de dois exames clínicos e um exame complementar, que é chamado de exame gráfico. A legislação exige que os dois exames clínicos deverão ser realizados por

profissionais diferentes, não pertencentes a equipes de transplantes, devido ao conflito de interesses. Além disso, a lei exige que um dos médicos obrigatoriamente deverá possuir formação em Neurologia, o que enseja várias discussões na classe médica.

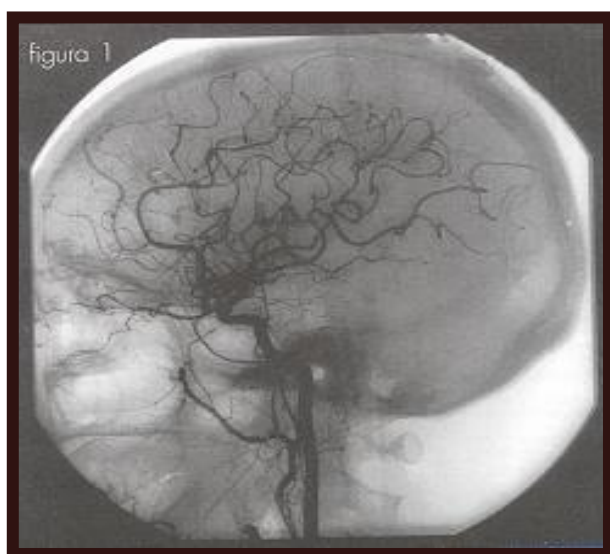
Ainda de acordo com a Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.480/1997 os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,
- b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,
- c) ausência de perfusão sangüínea cerebral.

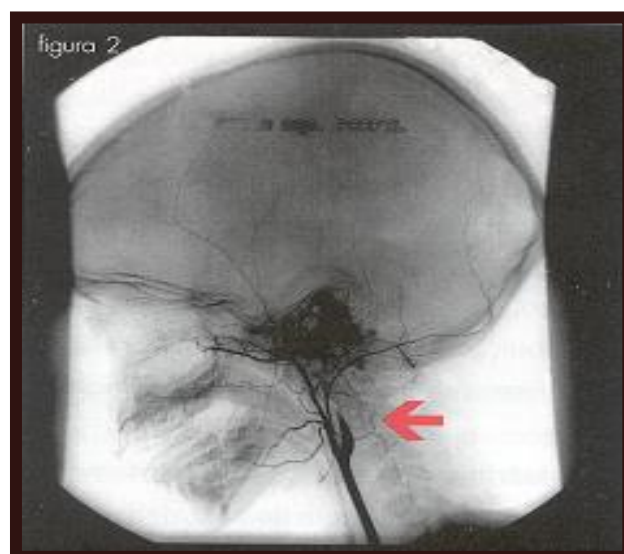
Neste contexto, a morte pode ocorrer tanto por doenças primárias localizadas no encéfalo como no caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC), como por conseqüência de danos cerebrais decorrentes de causas a ele externas, como, por exemplo, o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE).

A seguir a demonstração de uma Angiografia Cerebral com fluxo sangüíneo cerebral, o que caracteriza a existência de vida e uma Angiografia Cerebral sem fluxo sangüíneo, que demonstra a ocorrência de Morte Encefálica.

Figura 02: Demonstração de Angiografia Cerebral com fluxo sangüíneo cerebral e sem fluxo sangüíneo cerebral.



COM PERFUSÃO SANGÜÍNEA



SEM PERFUSÃO SANGÜÍNEA

Fonte: ABTO (s.d.)

Ainda conforme a Resolução 1.480/1997 do CFM:

Artigo 3º - É permitido ao médico suspender todos os procedimentos que vinham mantendo o funcionamento dos órgãos vitais, quando houver sido diagnosticada a morte encefálica em não doador de órgãos, tecidos e/ou partes do corpo humano para fins de transplante. (BRASIL, 1997)

Assim, os médicos estão autorizados legalmente a suspender toda a terapia que estava sendo utilizada para manter os órgãos em funcionamento se a família do potencial doador decidir pela não doação de órgãos, visto que não há mais vida a ser preservada, após realizado o diagnóstico de morte encefálica.

Houve várias alterações legislativas, mas a fila por um órgão ou tecido não parou de crescer e um dos motivos é a falta da notificação da existência de potenciais doadores, que deve ser feita pelos profissionais da saúde. Assim, toda vez que um diagnóstico de Morte Encefálica é feito o profissional médico assistente deverá comunicar a CNCDO do estado para acompanhar os trâmites.

Após a família ser comunicada do diagnóstico de Morte entra em cena a CIHDOTT que irá realizar a entrevista familiar para possibilitar a família doar os órgãos do falecido.

Garcia (2006) ressalta que a entrevista familiar é uma das etapas de maior complexidade no processo de doação de órgãos e transplantes e envolve aspectos éticos, legais e emocionais. Por esse motivo requer preparo por parte do profissional da CIHDOTT para elucidar dúvidas e compartilhar sentimentos e viabilizar o processo de doação.

Roza (2005) considera a entrevista familiar como sendo um momento delicado, pois acontece minutos ou horas de pois da comunicação à família do diagnóstico de Morte Encefálica do seu parente falecido.

A recusa familiar é um dos entraves à realização dos transplantes, associado à falha da identificação, notificação e manutenção dos potenciais doadores, bem como o elevado índice de contra-indicações clínicas à doação.

Os índices de recusa familiar no Brasil ainda são considerados elevados, em torno de 40%, pois os padrões internacionais estabelecem taxas em torno de 20% como aceitáveis (GARCIA, 2000).

Outro problema sério a ser enfrentado é a perda de potenciais doadores, a maioria por falta de identificação e notificação dos casos de morte encefálica.

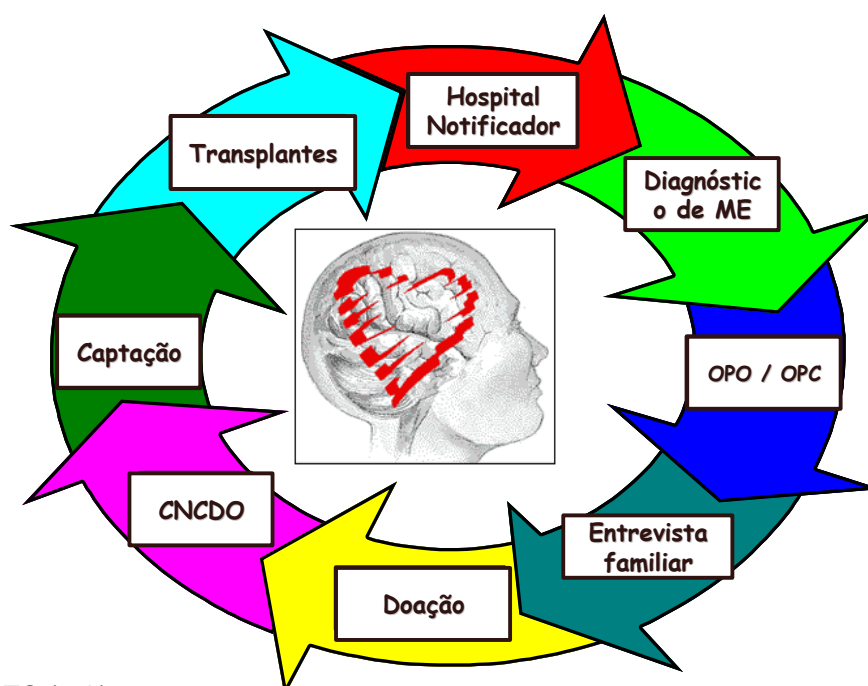
Para se ter uma idéia, de acordo com a CNCDO do RS, em 2010 o Rio Grande do Sul registrou um índice de 23,5% de perda de potenciais doadores de órgãos e tecidos, o que corresponde a 1,3 mil potenciais doadores (o que corresponde a 4.000 órgãos). A média nacional em 2010 ficou em 18% de perda de potenciais doadores.

Dessa forma, o Rio Grande do Sul que era líder no nosso país em 2005 despencou no ranking nacional para 6º lugar em 2010 segundo dados da Central Estadual do RS de 2011, o que fez com que fossem criadas as OPOs e OPCs em nosso estado. Neste ano até o mês de agosto já foram realizados 1.166 transplantes em nosso estado, número que corresponde a 81% de total de procedimentos de todo o ano de 2010.

As OPOs e as OPCs são organizações que irão acompanhar os pacientes graves, com diagnóstico restrito e que poderão evoluir para Morte Encefálica. A criação dessas organizações tem como objetivo aumentar o número de doações e diminuir a perda de potenciais doadores, por isso estão sendo criadas em vários do nosso país.

A OPO é uma entidade constituída por um ou mais hospitais de sua área territorial, com atuação regionalizada, para detecção de potenciais doadores e demais procedimentos para viabilização da doação de órgãos e tecidos para doação.

Figura 03: Esquema que sintetiza o Sistema Nacional de Transplantes do Brasil



Os profissionais de saúde devem estar preparados para gerenciar e administrar recursos humanos, físicos, materiais e de informação (WITT, 2005).

O ser humano, ao inter-relacionar-se com o outro, procura exercer influência sobre ele e, para isso, utiliza-se, geralmente, da comunicação. Por esta razão, interação e comunicação, não raro, são utilizados com o mesmo sentido, sendo que os comportamentos interativos, para serem entendidos, devem ser interpretados como atos recíprocos, entre os indivíduos que interagem numa determinada situação, num contexto histórico, cultural, permeados de afetividade (SIQUEIRA, 2001).

A comunicação é um processo dinâmico envolvendo um intercâmbio de mensagens enviadas e recebidas que influenciam no comportamento das pessoas a curto, médio ou longo prazo (SANTOS, 2006).

De acordo com Goldin (1998) a população brasileira tem baixo grau de individualismo, ou seja, é voltada para a coletividade. As sociedades de países com culturas coletivistas controlam seus membros através da pressão social externa, isto é, através da vergonha. Já as sociedades de caráter individualista controlam seus participantes através da pressão interna, ou seja, da culpa. Este traço cultural pode explicar por que tantas pessoas doavam os órgãos de seus familiares, quando consultadas.

A ADOTE⁵, acredita que no cenário dos transplantes não existem estrelas, todos – pacientes, profissionais da saúde e doadores - são igualmente importantes, pois não existe transplante sem doador. Acredita também que a questão da escassez de órgãos para transplantes, mais acentuada no Brasil do que em outros países, somente será resolvida através de um intenso esforço de educação de toda a sociedade, incluindo, em curto prazo e em especial, os profissionais de saúde, atores que dão início e finalizam o processo. Não menos importante é a implementação de políticas de saúde pública que priorizem a prevenção de doenças que levam a indicação de transplante.

Conforme mencionado anteriormente um dos princípios norteadores do SUS é o da Participação, a qual determina a participação ativa da comunidade nas

⁵ ADOTE é uma organização não governamental, sem finalidade econômica, fundada em 20 de novembro de 1998, em Pelotas, RS, cuja missão é atuar no sentido de promover mudanças de atitudes e valores da Sociedade e Estado para preservar e melhorar a vida.

políticas públicas de saúde e em toda a gestão do SUS. Assim, um dos papéis primordiais dos cidadãos é fiscalizar as ações de saúde, o que chamamos de Controle Social.

Conforme Anjos (2007, p.153) Controle Social significa:

Em sua forma ampla, o termo diz respeito a toda modalidade de exercício de poder por parte da cidadania em geral ou de alguma instituição, seja el pública ou privada, em alguma esfera de poder que envolva tomada de decisão, definição de critérios para a concessão de benefícios etc.

Em se tratando do Sistema Nacional de Transplantes vemos três momentos cruciais de controle social, qual seja a fiscalização das instituições hospitalares no intuito de cumprimento da legislação atinente ao tema, quanto na manutenção de uma doação espontânea, em se tratando de doador vivo, boicotando-se, assim, qualquer tentativa de venda de órgãos, que é proibida pela legislação brasileira. Além disso, vê-se a presença do controle social na fiscalização da fila de espera por um órgão e/ou tecido. Vejamos.

O Ministério da Saúde em 23 de setembro de 2005 publicou a Portaria 1.752 que determinou a obrigatoriedade de constituição de CIHDOTT para todas as instituições hospitalares com mais de 80 (oitenta) leitos, independentemente de serem públicos, privados ou filantrópicos.

Essa comissão é formada por um grupo de profissionais que atuam dentro da instituição, sendo que o Coordenador deverá ser profissional enfermeiro ou médico, devido ao conhecimento técnico necessário. Esses profissionais recebem treinamento e são as pessoas que irão entrevistar o familiar (até 2º grau) ou esposo(a)/companheiro(a) do falecido, ocasião em que será oferecida a possibilidade da doação, cabendo ao entrevistado a decisão, já que a Lei nº 10.211/01 alterou a Lei 9.434/97 (Lei dos Transplantes) e pôs fim à Doação Presumida.

É necessário, no entanto, que anteriormente à entrevista familiar a família já saiba sobre a ocorrência do óbito ou do diagnóstico de Morte Encefálica, o que deverá ser feito pelo médico assistente, evitando-se, assim, o elemento surpresa, o que levaria, provavelmente, a uma resposta negativa para a doação.

Ocorre que não é somente a entrevista familiar a atribuição das CIHDOTTs. A atuação dessa comissão está regulamentada na Portaria Nº 1.262/GM, de 27/09/2007 que estabelece:

compete à CIHDOTT organizar a instituição hospitalar para detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital, viabilizar o diagnóstico de morte encefálica e promover a manutenção dos potenciais doadores, criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade de doação.(BRASIL, 2004)

Também é de responsabilidade da Comissão a educação permanente dos funcionários do hospital sobre os aspectos da doação, contatar com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender os casos de possível doação e, capacitar, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCCO) e Sistema Nacional de Transplantes (SNT), os funcionários da instituição para a entrevista familiar para solicitação e doação de órgãos e tecidos.

Além disso, as CIHDOTTs devem articular-se com a CNCDO do Estado notificando as situações de possíveis doações de órgãos ou tecidos, também sendo de sua competência:

- organizar no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;
- disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital;
- articular-se com os respectivos Institutos Médicos Legais para agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando a realização do procedimento no próprio hospital tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
- avaliar a capacidade da instituição diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;
- definir juntamente com o diretor médico do estabelecimento de saúde, os indicadores de qualidade, com base no nº de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características e, por fim,
- definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização, determinadas pela Portaria nº 1.702/GM de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para hospital.

Assim, são várias as atribuições da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes e pode-se dizer que uma das mais

importantes é a que determina a remessa de relatórios mensais à CNCDO do estado, bem como ao Conselho Municipal de Saúde local, tendo em vista que a partir desse momento será possível realizar o controle social.

Conforme o Presidente do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Pelotas/RS, Sr. Francisco Neto de Assis, representante da ADOTE – Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos, tão logo os relatórios mensais das instituições de saúde da cidade são encaminhados ao CMP são remetidos a uma Comissão Técnica que irá analisar cada relatório, emitindo parecer final sobre o cumprimento da legislação ou não.

Após, o parecer da Comissão Técnica será utilizado no momento da contratualização da instituição com o Gestor Municipal, visto que dos 31 (trinta e um pontos) das metas a serem atingidas, 02 (dois) pontos se referem ao cumprimento ou das atribuições por parte das CIHDOTTs de cada hospital.

Observa-se, no entanto, que não há uma discussão por parte de todos os membros do CMP, o que empobrece o parecer final da Comissão Técnica. Além disso, a instituição que não cumpre efetivamente o determinado nas Portarias do Ministério da Saúde anteriormente citadas não sofrem qualquer sanção, apenas deixam de pontuar por ocasião da contratualização com o Gestor local.

Assim, pode-se afirmar que no tocante às instituições de saúde o controle social existe apenas em parte. Apesar disso, podemos, hoje, contar com Organizações não governamentais, como a ADOTE (2009) que possuem dentre os objetivos o controle social, conforme a seguir:

A ADOTE atua no Controle Social e dedica-se a divulgação de informações sobre o processo doação-transplante de órgãos através de diversos processos midiáticos, realizando campanhas de esclarecimento público, palestras e mesas redondas. Participa também de fóruns para a definição de políticas públicas na busca do entendimento de que todas as instituições hospitalares reconheçam na notificação da morte encefálica o caminho para o efetivo crescimento e desenvolvimento do processo doação-transplante de órgãos.

Em matéria de doação de órgãos e/ou tecidos, outro momento em que se verifica o Controle Social é na luta para se manter a doação de forma espontânea,

visto que no Brasil é considerado ilegal a comercialização de órgãos de acordo com o artigo 1º da Lei 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 que assegura: “A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.”

Desse modo, toda doação *inter vivos* para não parente deverá ser precedida de autorização judicial, o que não ocorre em relação à doação proveniente de doador com coração parado ou em morte encefálica, cujo caráter é sigiloso, nos termos da Lei.

A exigência de autorização judicial serve para boicotar qualquer tentativa de comércio, visto que uma pessoa que se encontra em uma situação financeira “desesperadora” poderia utilizar-se dessa prática.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2008) 68.906 pessoas atualmente têm, na doação, a chance de continuar vivendo, só no Rio Grande do Sul, em 2008, mais de 4.018 pessoas configuravam na lista de espera. Sabe-se, também, que muitas pessoas acabam morrendo à espera de um órgão.

Apesar do aporte, há fragilidade na gestão e o sistema reflete desigualdades de distribuição dos procedimentos (doação e captação), intensificando a ansiedade de quem espera. Por mais que sejam desenvolvidas campanhas educativas para conscientizar sobre a importância do assunto, ainda falta esclarecimento não só para a população, mas também aos profissionais da área da saúde.

Os profissionais devem estar preparados para atender os pacientes da melhor forma possível e além do treinamento, um outro assunto é normalmente posto em evidência, qual seja a ética.

A ética (...). Tradicionalmente ela é entendida como um estudo ou uma reflexão, científica ou filosófica, e eventualmente até teológica, sobre os costumes ou sobre as ações humanas. Mas também chamamos de ética a própria vida, quando conforme aos costumes considerados corretos. A ética pode ser o estudo das ações ou dos costumes, pode ser a própria realização de um tipo de comportamento. (VALLS, 2006, p.7).

Todos os profissionais de saúde têm um Código de Ética que regem sua profissão e todos com tópicos diretamente ligados ao atendimento dos clientes de saúde.

Faz parte de a ética profissional estar atento às dificuldades dos pacientes e/ou familiares. Sendo assim, deve-se ter o cuidado de ser entendido, ou seja, utilizar-se uma linguagem, fazendo-se compreender, conforme França (2006):

(...) a relação do médico com o paciente e seus familiares, mesmo num diálogo respeitoso, não pode ser traçada numa linguagem cifrada que só os técnicos entendem, mas numa dimensão ética, política e afetiva capa de alcançar o indivíduo como paciente e como cidadão. O humanismo será sempre o corretivo das distorções em que a ciência, por vezes, se envolve tornando-se tão distante e tão alheia às necessidades de ordem social. (FRANÇA, 2006, p.106)

No Brasil, onde a legislação consumerista restou codificada através da Lei 8.078/1990⁶, e passou a exigir expressamente que o paciente⁷ seja informado de todas as etapas de seu tratamento, por ser um consumidor de serviço, isso também se aplica na matéria em apreço. Assim como também se aplica os critérios de qualidade em uma instituição de saúde, onde é necessário atender os pacientes com perfeição, de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo das necessidades de cada um, o que nas palavras de Taylor (1960) in Chiavenato (2004) é

(...) ciência, em lugar de empirismo; harmonia, em vez de discórdia; cooperação, não individualismo, rendimento máximo, em lugar de produção reduzida; desenvolvimento de casa homem no sentido de alcançar maior eficiência e prosperidade.

Hoje, cada paciente à espera de um transplante poderá ver sua posição na fila até mesmo pela internet. Para consultar a lista basta digitar o número do seu Registro Geral do Cadastro Técnico (RGCT), obtido no ato da inscrição do paciente na fila de transplantes, e confirmar as informações.

No site do Ministério da Saúde, os pacientes vêem um prontuário com todos os dados relativos a seu caso: número na fila, diagnóstico, data dos últimos exames realizados e prazo para refazê-los, pontuação na escala Meld⁸, entre outros itens.

⁶ Lei 8.078/1990 Dispõe sobre o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

⁷ Paciente aqui foi utilizado com sentido de cliente, usuário, sem qualquer conotação pejorativa.

⁸ **MELD** - Model for End-stage Liver Disease - é um valor numérico, variando de 6 (menor gravidade) a 40 (maior gravidade), usado para quantificar a urgência de transplante de fígado em candidatos com idade igual a 12 ou mais anos. É uma estimativa do risco de óbito se não fizer o transplante nos próximos três meses.

O sistema de filas no Brasil é de certa forma organizado. O paciente é avaliado por uma das equipes cadastradas no Ministério da Saúde e inscrito em uma única fila estadual. Quando há um potencial doador em algum Pronto-Socorro ou em UTI, os médicos avisam uma das 22 (vinte e duas) CNCDOs que existem hoje no país. A central entra em contato com as equipes responsáveis pelos primeiros das filas de cada órgão, prioritariamente dentro do estado do doador. Caso não haja um receptor ali, o órgão segue para um paciente do estado mais próximo.

Então, a lista é pública, mas somente para quem está na espera de um órgão, o que dificulta a realização de um controle social efetivo no momento da alocação do órgão ou tecido captado.

III O SISTEMA DE SAÚDE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO URUGUAI

Neste capítulo se fará uma breve análise do Uruguai, caracterizando-se sua população, economia, acesso à saúde e se abordará a política pública de doação e transplantes aplicada por esse país.

O Uruguai, informalmente chamado de primo rico da América do Sul, ostenta uma das maiores rendas per capita e uma das menores taxas de pobreza da América Latina. O índice de analfabetismo também é um dos mais baixos da região. Segundo dados da OPAS (2002a) a expectativa de vida da população uruguaia é de 70 anos para os homens e 78 anos para as mulheres. A população do país é bastante homogênea, dominada por descendentes de italianos e espanhóis.

O Uruguai é um país que vive basicamente da pecuária e do turismo. A qualidade da carne é reconhecida mundialmente, assim como a beleza de suas praias e cidades. No entanto, o desempenho da economia do Uruguai mostra-se bastante atrelado à economia do Brasil e da Argentina, vez que pela proximidade territorial esses dois países acabam sendo os maiores importadores dos produtos uruguaios.

O Uruguai tem um governo democrático e representativo. O país está dividido administrativamente em 19 departamentos. A renovação das autoridades nacionais e departamentais ocorre uma vez a cada cinco anos por voto secreto e obrigatório. O governo nacional é composto por 3 ramos: Executivo (Presidência e Ministérios), Legislativo (Senado e Câmara dos Deputados) e Judiciário (Supremo Tribunal, Juizados e Tribunais).

Os Governos Departamentais são compostos por um prefeito e um Conselho Departamental (31 membros ou prefeitos). A Área Social do Poder Executivo é composto pelos Ministérios da Saúde Pública (MSP), Educação e Cultura, Trabalho e Segurança Social, Habitação, Meio Ambiente e Território, Esportes, Turismo, e do Escritório de Planejamento e Orçamento.

A política nacional de saúde do Uruguai é planejada em cada governo como parte do Plano de Governo, onde é atribuída uma percentagem do orçamento nacional para os próximos cinco anos. Não existem outros mecanismos nacionais de gestão para o desenvolvimento da saúde a longo prazo.

Silva (2009) destaca que a economia uruguaia está passando por uma recessão desde 1998. O mesmo foi largamente impulsionado por condições

externas desfavoráveis, especialmente a crise brasileira do início de 2000 e as recentes turbulências financeiras e políticas da Argentina. Além disso, outros fatores contribuíram para o agravamento da situação financeira do Uruguai, tais como o impacto das condições climáticas adversas para alguns setores agrícolas e o ressurgimento da febre aftosa, situações que obrigou a uma redução acentuada na produção e exportação desde o último trimestre de 2000.

No Uruguai, o direito a saúde se encontra expresso no texto constitucional, nos seguintes termos:

Art. 44º El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DE URUGUAY, 1967).

O Decreto 15.181/1981 afirma em seu artigo primeiro, que “el estado establecerá una cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República como esencial componente de la seguridad social, através de organismos políticos y privados”.

O sistema de saúde no Uruguai está constituído pelos setores público e privado. As instituições dos setores públicos são: Ministério de Saúde Pública (MSP), que oferece seus serviços através da Administração dos Serviços de Saúde do Estado, (ASSE), o Banco de Previdência Social, a Universidade da República, as intendenções municipais, e outras entidades públicas e organismos autônomos.

O setor privado está constituído pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), que compreende mais ou menos 50 instituições de seguro pré-pago que oferecem uma atenção integral, as instituições de assistência médica particular (chamadas de seguro parciais de saúde), e os Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), que são empresas públicas ou privadas que realizam procedimentos estabelecidos como de alta tecnologia e de alto custo, como exemplo os transplantes, que são pagos através do Fundo Nacional de Recursos (FNR). (OPAS, 2006).

A Universidad de la República oferece serviços públicos de todos os níveis de complexidade. Apesar de ser um centro de referência nacional, enfrenta uma crise por falta de recursos e chegou a suspender alguns serviços. O Banco de

Seguros del Estado cobre as enfermidades ocupacionais e os acidentes de trabalho dos trabalhadores do setor privado.

Não existe um mecanismo formal de referência entre os diferentes níveis de atenção tanto no âmbito institucional (MSP) como com outras instituições do primeiro nível do setor público. Outra característica do caso uruguaio é a complementação de assistência médica entre diferentes provedores. A lei que criou a ASSE permite que as prestações de maior complexidade possam ser compradas de prestadores privados. No interior do país, é freqüente a compra e a venda de serviços entre a ASSE e o setor privado.

Desde 1979, com a promulgação da Lei no 14.897, a população uruguaia conta com um regime de saúde particular que garante acesso à alta tecnologia por intermédio das IMAE. De acordo com a Lei no 16.343/92, o Poder Executivo compromete-se a oferecer serviços especializados por meio dos institutos de medicina altamente especializada destinados ao diagnóstico e ao tratamento de doenças que o requeiram, estando subordinadas ao Ministerio de la Salud Pública e sujeitos às determinações técnicas da Facultad de Medicina de la Universidad de la República. O Fondo Nacional de Recursos (FNR), órgão privado financiador, integra os serviços prestados aos habitantes assistidos pelo Ministerio de Salud Pública (a), pelos serviços descentralizados e administrações departamentais (b), pelas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) (c) e para aqueles que desejem uma afiliação direta (d). Nos casos a, b, e c, a contribuição é mensal e diretamente proporcional à quantidade de beneficiários da assistência médica responsável de cada setor mencionado.

Dados de 2000 indicavam que cada instituição de assistência médica que se relaciona com o FNR deveria remeter uma soma mensal de US\$ 5,00 para cada afiliado. A Comisión Honoraria Administradora fixa o montante e a forma de atualização dos mesmos. A comissão ainda cuida de casos de tratamento que necessitem ser feitos no exterior (ALAMI, 2001). Para se ter uma idéia, no ano de 1998, o FNR gastou US\$ 1,5 milhão, e alguns dos procedimentos realizados geraram a seguinte produção:

Quadro 01: Fundo Nacional de Recursos – 1998

GASTO TOTAL	US\$1,5 MILHÃO
Estudos Hemodinâmicos	6.780
Cirurgias Cardíacas	2.486
Angioplastia	1.819
Valvuloplastia	57
Marcapassos	1.665
Próteses	2.953
Transplantes de Medula Óssea	98
Transplantes Renais	59
Diálises	2.317

Fonte: Alami, 2001.

A participação do Estado no financiamento de medicina altamente especializada ou entre trabalhadores e IAMC é muito maior do que sua participação como prestador. Como prestador o Estado representa 27%, enquanto como financiador cerca de 47% (OLESKER, s. d.). O financiamento geral do setor de saúde uruguaio conta com as seguintes fontes (OPAS, 2002b):

- 42% em prêmios (às IAMC e aos seguros parciais);
- 31,8% em pagamentos por produtos (medicamentos etc.) e serviços;
- 25,3% em impostos e
- 0,9% outros.

Sinteticamente, assim está organizado o Sistema de Saúde Uruguaio:

Quadro 02: Organización del Sistema de Salud Uruguayo

SUBSECTOR PÚBLICO	SUBSECTOR PRIVADO
<ul style="list-style-type: none"> • Ministério de Salud Pública; • Sanidad de la Fuerzas Armadas; • Hospital de Clínicas U. De la República; • Banco de Previsión Social; • Fondo Nacional de Recursos; • Gobiernos Departamentales; • Entes Autónomos; • Servicios Descentralizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones de Asistencia Médica Coletiva; • Sanatorios Privados; • Emergencias Móviles; • Clínicas Médicas; • Seguros Parciales; • Seguros Integrales; • Empresas Privadas de Diagnóstico Y Tratamiento.

Fonte: OPAS, 2002a.

No que se refere à garantia dos direitos dos associados a Lei 15.181/1981 assim define o que é cobertura médica básica:

Ley 15.181/1981

Art. 15 los asociados o afiliados de las instituciones de asistencia médica colectiva de los tipos a) e b) aseguran su derecho a la asistencia médica básica, completa e igualitaria, mediante el pago de cuotas mensuales que se adecuen al costo del servicio.

La demanda y prestaciones de servicios se regularán en lo económico por el pago de tasas moderadoras y, cuando así lo resolviere el Poder Ejecutivo, por aranceles.

Entendiése por cobertura de asistencia médica básica, completa e igualitaria, la que en lo asistencial, incluye la aplicación de las siguientes actividades fundamentales; medicina, ginecología, cirugía y pediatría, como asimismo, sus especialidades complementarias (URUGUAI, 1981).

Não existe um processo de informação único nem sistemático sobre o financiamento do gasto em saúde do país. Os três mecanismos principais, através dos quais as famílias se inscrevem nas instituições prestadoras de saúde (sejam públicas ou privadas) são: pré-pago voluntário de cotas (42%); compra de bens e serviços, que incluem medicamentos 25%; impostos (23%).

No setor privado, predomina a fonte de financiamento através das cotas de pré-pago por parte da população filiada em (59%). Seguindo as contas de bens e serviços (33%) aos quais são fundamentalmente preços que se pagam aos seguros parciais, as farmácias externas, as casas de saúde e residência, sendo a assistência estritamente privada e também os pagamentos de bens e serviços, por parte da população filiada às mutualistas.

Não existe um financiamento público para o setor privado de forma direta, mas é a seguridade social que administra os fundos dos patrões e trabalhadores e paga os seguros no setor privado.

No Uruguai, mantém-se um rigoroso controle dos serviços de saúde prestados pela área privada. A Constituição de 1967, ainda vigente, define a participação do Estado na saúde, sendo que no aspecto legal sua ação incide sobre todas as questões referentes ao tema. No entanto, a assistência a saúde, na esfera pública será garantida apenas aos considerados indigentes ou carentes de recursos, conforme expressa o artigo transcrito anteriormente. Esta posição se ratifica no Artigo 3º da Lei 15.181/81 a saber:

Lei 15.181/1981

Art. 3 La asistencia médica podrá ser brindada en forma privada, ya sea particular o colectiva, y en forma pública a través de los organismos respectivos:

a. Se entiende por asistencia médica privada la que brindan a sus pacientes los profesionales mencionados en el artículo 2. actuando individualmente, en equipo o a través de entidades. Esta forma de asistencia puede ser parcial o total y abarcar todos los aspectos técnicamente posibles y se regulará por los acuerdos que se celebren al respecto mediante el régimen de libre elección de asistencia profesional.

a) se entiende por asistencia médica privada colectiva la que brindem a sus socios o afiliados las instituciones que se organicen y funcionen según las disposiciones de la presente ley (URUGUAI, 1981).

Quanto aos níveis de atenção previstos pelo Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), estes se organizam de acordo com a complexidade das prestações. O MSP estabelece e assegura mecanismos de referência e contra-referência entre os distintos níveis de atenção. A Atenção Primária em Saúde é o primeiro nível de atenção priorizado pelo SNIS e compreende um conjunto articulado de ações dirigidas às pessoas, famílias, comunidades e meio ambiente, destinado a alcançar uma adequada qualidade de vida, enfatizando a promoção da saúde e prevenção da enfermidade. Este nível de atenção estará constituído por recursos humanos, infra-estrutura, e tecnologias, programas e atividades destinadas a desenvolver ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde em regime ambulatorial, domiciliar, emergência e urgência (SNIS, 2006).

O segundo nível está constituído por recursos humanos, infra-estrutura e tecnologias para atenção médica em regime de hospitalização contínua ou parcial, de diversos níveis de complexidade. Inclui especialidades clínicas, cirúrgicas e odontológicas (SNIS, 2006).

O terceiro nível é constituído por recursos humanos, infra-estrutura e tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento que requerem procedimentos de medicina altamente especializada. Na estrutura dos serviços de saúde do Uruguai estão incluídos ainda os Serviços Complementares (Complementación de Prestaciones de Atención Médica) – “las instituciones públicas y privadas podrán contratar entre si las prestaciones en los programas integrales de atención médica que apruebe el MSP”. O Ministério de Saúde Pública controla as relações entre prestadores integrais membros do SNIS e os prestadores de cobertura parcial ou não membros do SNIS.

Conforme Silva (2009) no Uruguai como em toda a América Latina registra-se uma tendência ao crescimento contínuo das despesas em saúde. Os fatores que incidem neste aumento são: a mudança no perfil epidemiológico, sendo que os tratamentos nos últimos estágios da vida elevam notoriamente o nível de despesas; a preponderância da medicina curativa frente à medicina preventiva; a progressiva expansão da cobertura de serviços para setores cada vez maiores de população; e a “extensão vertical” do sistema de incentivos que impulsionam uma diversificação dos serviços, em especial os que incorporam tecnologia sofisticada.

Os problemas das despesas crescentes em saúde, o aumento da desigualdade na prestação de serviços, assim como a eventual desproteção generalizada dos setores com menos recursos, têm motivado e continuam motivando diferentes planos de reforma para a saúde do Uruguai.

Com relação ao financiamento da política e do sistema de saúde, segundo o SNIS (2006, p.26)

las fuentes de financiamiento que proveen de fondos al sistema de salud, se puede realizar una primera distinción entre las fuentes públicas y privadas. El financiamiento público, está integrado por tributos y precios. Dentro de los primeros, se ubican los impuestos, que por medio de rentas generales financian la mayor parte del gasto público, y los aportes a la seguridad social. Estos últimos se componen de los aportes del empleador y el empleado, de los pasivos, y transferencias del gobierno. Hasta diciembre de 2007, el empleador y empleado aportan 3% y 5% respectivamente de los salarios nominales, mientras que el empleador complementa el aporte en la medida que el 8% total no alcance a cubrir el valor de la cuota mutual pagada por el BPS a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Una excepción a este criterio de financiamiento lo constituyen los trabajadores de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que recaudan y administran sus propios fondos y transfieren al Seguro de Enfermedad del BPS el 0,5% de su recaudación.

Os problemas das despesas crescentes em saúde, o aumento da desigualdade na prestação de serviços, assim como a eventual desproteção generalizada dos setores com menos recursos, têm motivado e continuam motivando diferentes planos de reforma. Os objetivos de reforma podem ter impactos contraditórios: por exemplo, pode-se restringir a despesa do governo em saúde, incrementando as despesas individuais do usuário, ou restringir os rendimentos dos prestadores de serviços do sistema.

As pesquisas sobre o sistema de saúde uruguaio apontam para a complexidade política e institucional do processo de reformas. Neste contexto as diretrizes e as recomendações do Banco Mundial também não tem conseguido ser inteiramente efetivadas.

O Banco Mundial propõe uma diminuição da despesa pública e o aumento da eficiência no uso dos recursos. Esta indicação fundamenta-se num diagnóstico sobre o deficiente uso dos recursos públicos no Uruguai, reservando ao Estado um papel controlador e normalizador da assistência. Propõe, ainda, algumas saídas para resolução destes problemas. Uma das soluções apresentadas é a diminuição dos subsídios governamentais para alguns setores e a concentração dos recursos sobre os setores menos favorecidos.

Desta forma pode-se concluir que, apesar do sistema de saúde do Uruguai contar com alternativas para implementação de políticas de saúde, tanto com auxílio de serviços públicos como privado, alguns entraves impedem que se atinja alta eficiência na operação dos mesmos. Entre os principais problemas está a falta de coordenação entre todos os prestadores de saúde, mudança no perfil epidemiológico, predominância da medicina curativa, custos crescentes dos serviços médicos e a progressiva expansão da cobertura em saúde para setores cada vez maiores da população.

III.1 O Sistema Nacional de Transplantes do Uruguai

A seguir faremos um breve histórico da legislação de doação e transplantes de órgãos e/ou tecidos do Uruguai, bem como será abordado o funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes nos dias de hoje. Vejamos.

O histórico dos transplantes no Uruguai é bem mais breve se compararmos ao do Brasil, visto que ainda hoje está vigente a primeira Lei de Transplantes do Uruguai que foi a Lei 14.005 de 17 de agosto de 1971. Este diploma legal estabelece as normas para a realização de transplantes de órgãos e tecidos com fins científicos ou terapêuticos.

O órgão máximo do em se tratando de transplantes no Uruguai é o Instituto Nacional de Donación y Transplante de Células, Tejidos e Órganos (INDT) que está ligado diretamente ao Ministério de Salud Pública (M.S.P.). A coordenação de múltiplas atividades de acesso ao transplante é realizado pelo INDT e é financiado pelo Fundo Nacional de Recursos (FNR).

O artigo 3º da Lei dos Transplantes do Uruguai estabeleceu que o M.S.P. é o responsável pela organização do Registro Nacional de Doadores (R.N.D.):

Artículo 3º.- El Ministerio de Salud Pública tendrá a su cargo la organización de un Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos. Para esa finalidad, deberá establecer cuáles son las instituciones autorizadas a llevar Registros de dichos donantes, la forma de centralizar la información y de ponerla en conocimiento de las instituciones donde se realicen injertos y trasplantes (URUGUAI, 1971).

A mesma Lei previu em seu artigo 4º que o M.S.P. juntamente com o Hospital de Clínicas determinariam as normas para criação e instalação do Banco Nacional de Órgãos e Tecidos (BNOT) do Uruguai que foi criado através do Decreto 86/977 de 24 de fevereiro de 1977. O BNOT é supervisionado pela Direção Geral de Saúde (DIGESA) que também o autoriza a realizar os registros de doadores no Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos.

Artículo 4º.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" habrá de determinar las normas de instalación y funcionamiento del o de los Bancos de Organos y Tejidos. Los Organos y Tejidos almacenados en Bancos de institutos públicos o privados, constituyen un bien de la comunidad; el fin último de los mismos lo determinarán las necesidades asistenciales (URUGUAI, 1971).

O INDT se integra com as seguintes unidades organizacionais:

- * Direção Geral;
- * Comitês Técnicos e Assessorias;
- * Estatística, Registro e Sistemas de Informação;
- * Coordenação de Transplantes;
- * Unidade de Captação, Laboratório de Imunogenética e Histocompatibilidade;
- * Banco de Tecidos;
- * Produtos Celulares - Registros e Bancos;
- * Administração e Serviços Gerais.

A seguir quadro explicativo da Organização do INDT do Uruguai.

Quadro 3: Organização do INDT



Fonte: M.S.P. (2010)

Importante mencionar que o Decreto 313 de 1991 assegurou que o Ministério de Saúde Pública, através da Direção Geral de Saúde (DIGESA), passará a exercer a superintendência técnica da BNOT, que em 1995 passou a controlar todas as declarações de óbito do país e as comunicações de morte encefálica realizadas pelas instituições de saúde, bem como passou a certificar os hospitais como Hospitais Transplantadores, desde que cumpridos todos os requisitos da Lei 14.005/1971.

O Decreto Ministerial 287 de 2004 estabeleceu que o Sistema Nacional de Registro, Tipificação e Busca de Doadores não Relacionados de Medula Óssea e Progenitores de Outras Origens (SINDOME) está subordinado ao Laboratório de Imunogenética e Histocompatibilidade.

No ano de 2005, através do Decreto 248 foi alterado o nome de Instituto Nacional de Doação e Transplante para Instituto Nacional de Doação e Transplante de Células, Tecidos e Órgãos. De acordo com o M.S.P. os objetivos estratégicos do INDT são:

- Promover la donación de órganos, tejidos y células.
- Mejorar la disponibilidad de órganos, tejidos y células viables y garantizar los procesos y la calidad de los mismos para trasplantes e implantes.
- Obtener y estudiar los donantes (cadavéricos y vivos), y asignar órganos, tejidos y células, disminuyendo y regularizando las listas de espera únicas en el país.
- Mejorar la disponibilidad a nivel nacional o internacional de células madre.
- Normatizar y protocolizar donación, trasplante y actividades que utilizan órganos, tejidos, células humanas y medicina regenerativa.
- Analizar y actualizar el plan estratégico de desarrollo institucional.
- Desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad por procesos.
- Participar en la Educación Continua de los recursos humanos en salud, fomentar la investigación y la producción científica, así como el intercambio a nivel nacional e internacional.
- Descentralización operativa de la donación y el trasplante (URUGUAI, 2005)

Cabe enfatizar que na Lei 14.005/1971 estão estabelecidas todas as normas que deverão ser cumpridas para que se efetive a doação de órgãos e transplantes no Uruguai. O artigo inaugural menciona que toda pessoa maior e capaz ao ser internada em um estabelecimento de saúde, seja público ou privado, deverá consentir ou não sobre a doação de seu corpo ou órgãos para uso científico ou terapêutico, caso lhe sobrevenha a morte, nos seguintes termos:

Artículo 1º.- Toda persona mayor de veintiún años de edad al ser internada en un establecimiento asistencial, público o privado, deberá manifestar si otorga o no consentimiento para que, de sobrevenir la muerte, su cuerpo sea empleado, total o parcialmente, para usos de interés científico o extracción de órganos o tejidos con fines terapéuticos (URUGUAI, 1971).

Assim, conforme Garcia et al (2009) concluimos que o Uruguai aplica o critério da doação presumida, porém os familiares poderão ser ouvidos em determinado caso como veremos. Importante mencionar que a lei 14.005 estabelece que se o paciente não tiver condições clínicas de fazer a manifestação, está deverá ser feita tão logo o paciente tenha condições. Caso isso não ocorra, e somente nesse caso, os familiares poderão se opor à doação no prazo máximo de 3 horas a partir do falecimento (coração parado ou com o diagnóstico de morte encefálica), caso contrário a doação será efetivada. A lei transfere aos familiares o dever de manifestar sobre a doação, na seguinte ordem:

Artículo 9º.- A los efectos de esta ley, se establece el siguiente orden de parentesco prioritario y excluyente de presentes en la localidad del deceso y que regirá en ausencia de voluntad expresa del fallecido:
1) El cónyuge;

- 2) Los hijos legítimos o naturales, reconocidos o declarados tales;
- 3) Los padres;
- 4) Los hermanos;
- 5) Los hijos adoptivos;
- 6) Los ascendientes o descendientes de segundo o ulterior grado;
- 7) Los colaterales de tercer o ulterior grado (URUGUAI, 1971).

Cabe ressaltar que a Lei de Transplantes do Uruguai assegura que em caso de mais de um parente da mesma categoria ou classe, como por exemplo, dois ou três irmãos, basta o consentimento de somente um dos parentes para que a doação de órgãos se efetive. No entanto, se qualquer um deles se opuser à doação, está eliminada a possibilidade de disposição do cadáver, seja para fins científicos ou terapêuticos.

Assim, toda vez que sobrevém o óbito de um paciente, seja por coração parado ou morte encefálica, se verifica se o falecido manifestou em vida o desejo de doar seus órgãos e se avalia a autorização efetivada durante a internação do paciente. Caso não tenha sido feita a manifestação pelo paciente, o médico assistente irá entrevistar os familiares, na ordem citada no artigo 9º da Lei 14.005/1971 para que no prazo máximo de três horas se oponham à doação, caso contrário ela será efetivada.

Importante enfatizar que de acordo com o artigo 2º da Lei 14.005/1971 as pessoas poderão manifestar em vida sobre a doação de seus órgãos ou tecidos, para fins terapêuticos ou científicos através de uma das seguintes formas:

Artículo 2º.- Toda persona mayor de veintiún años de edad que no se hallaré en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo anterior, podrá expresar su consentimiento para que, en caso de fallecer, su cuerpo sea empleado, total o parcialmente, para usos de intereses científico o extracción de órganos o tejidos con fines terapéuticos.

La manifestación de voluntad podrá otorgarse a opción del interesado:

- a) Ante un médico, en la forma y con los requisitos indicados en el inciso segundo del artículo anterior;
- b) Ante un escribano, ya sea en escritura pública o por acta notarial;
- c) Ante el Juez de Paz en trámite que será gratuito;
- d) Directamente, ante el Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos. En este último caso, la expresión de voluntad será documentada ante un médico de la institución de la que dependa el Registro.

En los casos de los apartados a), b) y c) y del artículo 1º, el profesional o funcionario actuante deberá comunicar esa manifestación de voluntad al Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos, dentro de las cuarenta y ocho horas de otorgada.

Las expresiones de voluntad a que se refiere el presente artículo y los artículos 1º y 11, son esencialmente revocables, cumpliéndose los mismos requisitos que para la manifestación originaria. Cuando no hubiera expresión alguna de voluntad, la decisión estará a cargo de los parientes indicados en el artículo 9º (URUGUAI, 1971).

Essa manifestação poderá ser revogada a qualquer tempo, no entanto, se exige que a revogação deverá ser feita da mesma forma que a autorização.

No Uruguai a legislação não define a morte, mas também é utilizado o critério da morte encefálica como no Brasil. Segundo o artigo 7º da Lei 14.005 de 17/08/1971 a comprovação da morte encefálica no Uruguai deve basear-se em quadros patológicos irreversíveis, incompatíveis com a vida, nos seguintes termos:

Artículo 7º.- No se podrá efectuar la autopsia ni emplear el cadáver o piezas anatómicas del mismo para fines científicos o terapéuticos, sino después de comprobada la muerte.

Dicha comprobación deberá efectuarse por dos médicos del establecimiento respectivo, que no serán los que realicen las operaciones previstas en el inciso anterior y la conclusión deberá basarse en la existencia de cambios patológicos irreversibles, incompatibles con la vida.

La justificación de la defunción deberá documentarse en el Libro Especial de Necropsias, llevado por cada establecimiento asistencial, público o privado a esos efectos, precisándose la hora del fallecimiento, sus causas y las pruebas en que se funda la respectiva conclusión (URUGUAI, 1971).

A lei não define o que sejam “quadros patológicos irreversíveis, incompatíveis com a vida”, deixando para o profissional médico a sua definição.

O diagnóstico de Morte Encefálica é realizado por dois médicos, não transplantadores, ou seja, médicos que não fazem parte da equipe de transplantes. Além disso, cada estabelecimento de saúde deve possuir um registro de óbitos que posteriormente será encaminhado ao M.S.P. Nesse livro também deverão ser registrados os casos de morte encefálica.

Segundo Garcia (2005) um tronco encefálico morto pode ser diagnosticado na cabeceira do paciente somente com um exame clínico, não sendo necessário realizarem-se exames confirmatórios. Dessa forma se diagnostica a ME no Uruguai. São realizados dois exames clínicos e o exame complementar é considerado apenas opcional, em caso de haver alguma dúvida no diagnóstico.

Ademais a Lei 14.005/1971 expressa indubitavelmente que é considerada a hora do óbito o momento em que se diagnostica a morte encefálica, independentemente se o suporte medicamentoso e ventilatório prosseguirem para fins de doação de órgãos e/ou tecidos.

Assim, de acordo com o Código de Ética Médica do Uruguai em caso do paciente em ME não ser doador o médico assistente deverá interromper todo o suporte técnico empregado para manter as funções fisiológicas do indivíduo, visto que não há mais vida, caso contrário não estará mantendo uma conduta dita ética.

Artículo 43 - En caso de muerte encefálica el médico no tiene obligación ética de emplear técnicas, fármacos o aparatos cuyo uso sólo sirva para prolongar este estado. En enfermos terminales, aliviar sufrimientos físicos y mortificaciones artificiales, ayudando a la persona a morir dignamente, es adoptar la decisión éticamente apropiada. (Código de Ética Médica do Uruguai, Sindicato Médico do Uruguai, s.d.)

A Lei 14.005/1971 também dispõe sobre a doação em vida e menciona que o doador, desde que maior de idade, poderá autorizar a retirada de órgãos ou tecidos para serem transplantados em outra pessoa, sendo que a autorização deverá ser por escrito e deverá ser arquivada no estabelecimento em que foi realizado o procedimento cirúrgico. No entanto, a lei não menciona o prazo do arquivamento da autorização.

Artículo 11.- Toda persona mayor de veintiún años de edad podrá consentir en la remoción, en vida, de órganos o tejidos de su cuerpo para ser trasplantados o injertados a otros seres humanos. Previamente, un médico deberá dejar constancia escrita de su advertencia al donante, firmada, también, por éste, acerca de los riesgos de la operación y de la disminución física que habrá de sobrevenirle. Dicha constancia quedará archivada en el establecimiento donde se realizó la intervención (URUGUAI, 1971).

A autorização em vida poderá ser feita para pessoa determinada somente em se tratando de parente de 2º grau.

Artículo 13.- Solamente se admitirá la donación en vida o para después de la muerte de órganos o tejidos a favor de una persona determinada, cuando ésta sea pariente del disponente por consanguinidad o afinidad en línea recta o en la colateral hasta el segundo grado (URUGUAI, 1971).

Todo o controle e fiscalização em se tratando de transplantes caberá ao M.S.P. e o INDT. De certa forma podemos dizer que há um certo controle social pela lista de espera visto que ela é pública e está publicada no site do Ministério da Saúde do Uruguai, assim, qualquer do povo tem acesso.

O Sistema de Transplantes do Uruguai tem buscado alcançar importantes metas para que se aumente o número de doações e transplantes no país. Segundo

o INDT em 2010 foram realizadas importantes ações que merecem ser destacadas.

Vejamos:

- Convenio de donación, trasplante de órganos, tejidos y células entre INDT-INCUCAI en materia de trasplante a ciudadanos naturales o legales uruguayos con residencia en Uruguay.
- Acuerdo de Cooperación Uruguay – Chile en materia de donación y trasplante.
- Acuerdo entre el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y el INDT para el desarrollo y aplicación del área física del INDT.
- Aprobación en la Universidad de la República (UDELAR) de dos nuevas Diplomaturas: “Diplomatura en Banco de Tejidos para Trasplantes” y “Diplomatura en Bases Inmunogenéticas de los Trasplantes”.
- Aprobación del Proyecto de la Agencia Nacional de Investigación y Innovación (ANII) - (Fondo Sectorial de Salud 2009) “Actualización del Sistema de Asignación Renal”.
- Participación activa en instancias regionales e internacionales de Donación y Trasplante:
- Comisión Intergubernamental de Donación y Trasplante (CIDT) MERCOSUR;
- Red Iberoamericana de Donación y Trasplante (RCIDT);
- Reunión Coordinación de Trasplantes Argentina - Uruguay – Chile”;
- TTS/OMS/OPS 3rd. Global Consultation on Regulatory Requirements for Human Cells and Tissues for Transplantation, Febrero 2010;
- OMS/OPS/TTS/ONT - Declaración de Madrid, Marzo 2010;
- Internalización del Acuerdo MERCOSUR/RMS/Acuerdo Nº 10/09 “Regulación de la Inscripción de Pacientes Extranjeros en las Listas de Espera para Trasplante de Órganos y Tejidos Cadavéricos en los Estados Partes y Asociados del MERCOSUR”;
- Aprobación en CIDT-MERCOSUR del “Procedimiento para Habilitación y Funcionamiento de las Instituciones y Profesionales de los Programas de Trasplante de Órganos”.

Para se ter uma idéia em 2010 foi assinado pelo governo do Uruguai e de Portugal o Programa Bi-institucional de Transplante Hepático que tem o apoio do Governo de Portugal através da doação de equipamentos, treinamento e formação profissional uruguaio. Os médicos uruguaio recebem treinamentos no Hospital Curri Cabral, em Lisboa. A equipe interdisciplinar é composta por profissionais uruguaio e portugueses, são cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e todo o pessoal treinado para realizar transplante de fígado. No novo programa de transplante, o paciente admitido a lista possivelmente fará a cirurgia em até dois meses. Para cobrir a demanda anual do país, é necessária a realização de 20 a 24 transplante hepáticos. Cabe ressaltar que anteriormente ao acordo, os transplantes de fígado eram realizados somente na Argentina e desde então passaram a ser realizados no Uruguai. O primeiro transplante de fígado por este programa foi realizado em 14 de julho de 2010.

O Uruguai é um dos países da América do sul com maior índice de doação de órgãos e tecidos em relação à população mundial e mantém uma preocupação constante em sua agenda de cooperação, que inclui experiências exitosas e integração em saúde com os países da América Latina e Caribe. Diversos Fóruns regionais tem destacado a experiência do INDT, que é passada através de programas de capacitação dirigidos a profissionais e autoridades governamentais do Chile, Argentina e Venezuela (M.S.P., 2011).

Segundo o Ministério da Saúde do Uruguai (2011) em 26 de fevereiro de 2010 o Uruguai e o Chile assinaram importante acordo em matéria de transplantes no qual os países signatários se comprometeram a intercambiar órgãos e tecidos, sempre que não existir receptor compatível no país captador. Assim, poderá um rim coletado no Uruguai, por exemplo, ser transplantado no Chile e vice-versa. Importante mencionar que o acordo exige que as leis de cada país devam ser cumpridas, assim como os princípios de direitos humanos e da dignidade da pessoa humana durante a aplicação da biologia e medicina deverão restar resguardados. Essa é mais uma decisão tomada no intuito de se elevar o número de doações e transplantes nos países da América Latina.

IV SIMETRIAS E ASSIMETRIAS ENTRE OS SISTEMAS DE TRANSPLANTES DO BRASIL E DO URUGUAI

Neste capítulo se abordará as simetrias e assimetrias encontradas nos sistemas de doação de órgãos e tecidos para transplantes empregados pelo Brasil e pelo Uruguai, buscando identificar suas diferenças e semelhanças no que tange à captação de órgãos e/ou tecidos, bem como identificar diferenças e semelhanças na legislação de Doação de Órgãos e Transplantes do Brasil e do Uruguai e analisar aspectos limitadores do processo de Doação de Órgãos e Transplantes nesses países, no intuito de respondermos aos objetivos propostos neste estudo de acordo com as categorias pré-estabelecidas.

Figura 4: Mapa ilustrativo dos países da América Latina

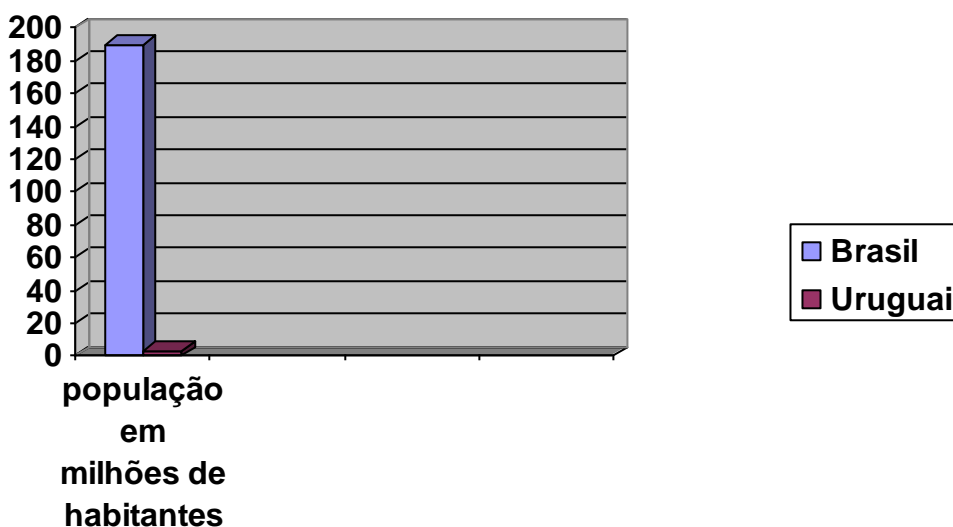


Fonte: Google, 2011.

Como vimos anteriormente os Sistemas de Saúde do Brasil e do Uruguai se diferem em vários aspectos.

Ademais, é grande a diferença territorial entre os dois países, bem como em relação ao número de habitantes. Para se ter uma ideia dados da OPAS (2009) indicam que em 2009 o Brasil contava com um contingente populacional de cerca de 190 milhões de habitantes, enquanto que o Uruguai possuía, na época, cerca de 3,4 milhões de habitantes.

Figura 5 : População do Brasil e do Uruguai em milhões de habitantes.



Fonte: OPAS (2009)

Igualmente, encontramos algumas diferenças na legislação aplicada em matéria de transplantes de órgãos e/ou tecidos por esses países de acordo com as duas categorias pré-estabelecidas que são os aspectos ligados ao processo doação-transplante e aspectos ligados à assistência.

Na categoria ligada ao processo doação-transplante se pretendeu avaliar a dinâmica da doação e transplante na legislação de cada país, onde foram analisados os seguintes enfoques: tipo de doação adotada pelo país; tipo de consentimento empregado na doação entre-vivos e pós-morte; dinâmica do processo doação-transplante; critério de Morte aplicado pelo país; diagnóstico de Morte Encefálica aplicado no país; controle social empregado pelo país; eventual punição por omissão do profissional e da instituição.

Já na categoria ligada à assistência pretendeu-se avaliar aspectos ligados ao atendimento prestado à família, ao doador e ao receptor. Vejamos:

1) Categoria ligada ao Processo doação-transplante

1.1) Tipo de doação adotada pelo país

No Brasil, pelos moldes da lei em vigor, a doação é dita consentida, visto que a lei de transplantes exige que o familiar até 2º grau ou cônjuge/companheiro concorde com a doação. Assim, conforme anteriormente asseverado nenhuma forma de disposição que tenha o *de cuius* deixado em vida tem importância legal. Importante destacar que as campanhas de conscientização sobre doação e transplantes têm trabalhado justamente nessa seara afim de que as pessoas conversem em casa sobre o assunto com seus familiares, pois serão elas peças fundamentais para que a doação se efetive.

No Uruguai autores como Garcia et al (2009) expressam que a doação é dita presumida, porém os familiares poderão ser ouvidos em determinado caso como veremos. A lei 14.005/1971 que rege os transplantes no Uruguai permite que a pessoa faça a disposição em vida sobre seu corpo ou partes dele para fins terapêuticos ou científicos. Tal disposição pode ser feita, inclusive, no momento da internação hospitalar se a pessoa possuir condições clínicas para tal. Essa manifestação ficará registrada no *Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos* no prazo máximo de 48 horas após sua efetivação. No entanto, pode ocorrer de a pessoa vir a falecer antes de fazer a citada manifestação. Nesse caso, os familiares poderão se opor à doação no prazo máximo de 3 horas a partir do falecimento (coração parado ou com o diagnóstico de morte encefálica), caso contrário a doação será efetivada.

Assim, vemos que a legislação uruguaia é mais facilitadora para que ocorra a doação. O Brasil tentou adotar o critério de doação presumida com o advento da Lei 9.434/1997 que introduziu um artigo 4ª na lei dos transplantes que posteriormente foi revogado, visto que durante a vigência desse dispositivo legal houve um decréscimo no número de doadores no Brasil. Autores que tratam do tema como Assis (2000) e Garcia (2000) colocam que o Brasil não estava preparado para, na época, adotar o critério de doação presumida, tendo em vista que faltaram amplas discussões com profissionais de saúde e com a sociedade e, na dúvida, a população acabava por manifestar-se negativamente à doação.

Existe hoje Projeto de Lei da Deputada Federal Manoela d'Ávila do PCdoB do RS, presidente da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados Federais, que institui a doação presumida de órgãos. Esse projeto ainda não foi votado e, novamente, vemos na mídia críticas a ele, principalmente devido à falta de discussões com a sociedade e os profissionais de saúde.

1.2) Tipo de consentimento empregado na doação entre-vivos e *pós-mortem*

No Brasil o tema doação de órgãos deve ser sempre abordado e consentido pelos familiares do paciente falecido (cônjuge ou parente até 2º grau), independentemente da manifestação de sua vontade em vida. Foram várias as alterações legislativas como anteriormente mencionado, mas, hoje, no Brasil, pouco importa se a pessoa falecida havia ou não manifestado a vontade de doar seus órgãos caso lhe sobreviesse a morte, a decisão está a cargo exclusivamente dos familiares.

Na legislação do Uruguai encontramos diferenças importantes, tais como o fato de a pessoa poder manifestar em vida o desejo de doar ou não seus órgãos/tecidos ou parte deles ainda em vida ou depois da morte, seja para fins terapêuticos como para fins científicos. Ademais, a lei uruguaia assegura o direito de os familiares recusarem a doação caso o falecido deixou de manifestar-se a respeito. Assim, reduzem-se consideravelmente as negativas familiares por desconhecimento da vontade do falecido, visto que a pessoa já manifesta em vida o desejo ou não de doar seus órgãos. Importante mencionar, ainda, que um dos papéis do INDT é certificar-se do cumprimento das disposições do falecido. Assim, se a pessoa desejar em vida doar seus órgãos não poderá um familiar dispor de forma em contrário caso lhe sobrevém a morte.

Em relação à doação em vida a legislação dos dois países assegura que só poderá ocorrer desde que não cause danos à saúde do doador e desde que o doador seja maior e civilmente capaz. A lei brasileira faz a exceção da doação de medula óssea em que um menor poderá realizar a doação, mediante a autorização de seus pais ou responsáveis. Na lei uruguaia não encontramos dispositivo algum nesse sentido.

No Brasil, a doação em vida poderá ocorrer sem necessidade de autorização judicial para familiar até 3º grau ou cônjuge/companheiro. Nesse aspecto a legislação uruguaia é mais restritiva visto que autoriza a doação, sem necessidade de autorização judicial somente para familiares até 2º grau, incluindo o cônjuge.

Assim, vemos que ambos os países preocupam-se com a venda de órgãos ao exigir autorização para doação a um não parente próximo. Acreditamos que a lei brasileira, nesse aspecto, facilita mais o processo de doação entre vivos, pela diminuição da burocracia, visto que no Uruguai para se doar em vida um rim para um sobrinho, por exemplo, já é exigida a autorização judicial.

1.3) Dinâmica do processo doação-transplante

Em relação à dinâmica doação-transplante encontramos algumas diferenças nas legislações dos países estudados. Se um paciente falece no Brasil em um hospital de mais de 80 (oitenta) leitos a família será entrevistada sobre a possibilidade de doar os órgãos e/ou tecidos para fins de transplante por um dos membros das CIHDOTTs, que deverão estar constituídas. Se o hospital é menor e possuir menos de 80 leitos a entrevista familiar ficará a cargo de um membro da OPO ou OPC ou, ainda, será realizada por um profissional da instituição ou pelo médico assistente ou por outro membro da equipe de saúde (enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico em enfermagem, dentre outros) capacitado para tal. Nesse caso, a entrevista familiar para doação deverá acontecer independentemente do porte da instituição.

Por sua vez, se o óbito ocorrer no Uruguai, a equipe de saúde irá certificar-se se o nome do paciente consta do *Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos*. Se o paciente havia manifestado em vida o desejo de doar a doação irá ocorrer, independentemente da vontade dos familiares do falecido. Poderá, ainda, o nome de o falecido constar como não doador, nesse caso a doação não irá ocorrer. Importante ressaltar que o M.S.P. e o INDT têm entre suas atribuições certificar-se que a vontade dos falecidos uruguaianos reste obedecida.

Pode acontecer de uma pessoa não ter manifestado sua vontade de doar ou não durante sua vida e, também, não teve condições clínicas de fazê-lo durante a

internação hospitalar. Nesse caso, a lei uruguaia permite que os familiares arrolados no artigo 9º da Lei 14.005/1971 autorizem ou não a doação no lapso temporal de até três horas após o óbito, seja por coração parado ou após fechado o diagnóstico de morte encefálica. Caso a família concordar ou se omitir a doação é efetivada. Por sua vez, se a família não concordar, nesse caso a doação não será feita, por esse motivo diz-se que a doação é presumida, mas a família poderá ter de ser ouvida.

Há diferenças importantes em quem será entrevistado entre os dois países, visto que o Uruguai elenca o cônjuge como a primeira opção de acordo com o artigo 9º da Lei 14.005/1971 e faz diferenças importantes entre os filhos biológicos e adotivos. Importante mencionar que na legislação brasileira não há hierarquia entre o cônjuge/companheiro e os familiares de 1º grau, apenas vale a regra de que a vontade dos mais próximos (ex: filhos) prevalece em relação à vontade dos mais remotos (ex: netos). Além disso a Constituição Federal de 1988 acabou com qualquer distinção entre filhos biológicos, adotivos ou adulterinos, hoje no Brasil filho é filho.

O que vemos na prática é que no Brasil muitas vezes o tema doação-transplante não faz parte do cotidiano das instituições hospitalares, principalmente nas que são menores e nas que estão localizadas no interior dos estados. Assim, potenciais doadores falecem e seus familiares sequer são entrevistados, o que acaba por inviabilizar a doação.

Vários estados estão criando as OPOs e OPCs afim de que não percamos potenciais doadores, já que a função primordial dessas organizações é justamente a procura de órgãos e córneas, mediante avaliação e monitoramento dos pacientes críticos das Unidades de Terapia Intensiva das instituições hospitalares.

1.4) Critério de Morte aplicado pelo país

Como anteriormente mencionado tanto o Brasil como o Uruguai adotam o critério de morte como sendo a Morte Encefálica. Identificamos uma diferença importante entre as legislações dos dois países estudados. No Brasil o CFM editou a Resolução nº 1.480/1997 que define a ME como sendo a morte do cérebro, incluindo tronco cerebral que desempenha funções vitais como controle da respiração. Já a lei uruguaia não traz qualquer definição sobre ME, apenas a Lei 14.005/1971 traz em

seu artigo 7º que a comprovação da morte encefálica deve basear-se em quadros patológicos irreversíveis, incompatíveis com a vida, os quais igualmente não são definidos.

Assim, nesse aspecto, a legislação brasileira é mais clara ao definir o que seja Morte Encefálica, o que deveria ser um facilitador da atuação dos profissionais da área da saúde no que tange ao diagnóstico de Morte Encefálica.

1.5) Diagnóstico de Morte Encefálica aplicado no país

Outra diferença encontrada é em relação ao diagnóstico de ME. No Brasil são realizados dois exames clínicos e um exame gráfico, chamado de exame complementar o qual deve demonstrar, de forma inequívoca, ausência de atividade elétrica ou ausência de atividade metabólica ou ausência de perfusão sanguínea cerebral para restar caracterizada a Morte Encefálica. Esses exames são realizados com intervalos de 6 a 24 horas conforme a idade do paciente (quanto mais jovem mais tempo demora para se dizer que é caso de ME). Já no Uruguai são exigidos apenas os dois exames clínicos, sendo que o exame gráfico é opcional.

Essa diferença mostra-se de extrema importância visto que muitas vezes os hospitais têm dificuldade em transportar um paciente de dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para realizar um exame em outro setor do hospital, por exemplo: angiografia, ressonância magnética etc. Ademais, muitos hospitais sequer dispunham desses exames em suas instituições e necessitam de aporte de ambulância altamente equipada, com respirador portátil, oxigênio terapia, cardioversor, monitorização cardíaca contínua, dentre outros, além de equipe médica e de enfermagem especializada. Tudo isso faz com que se perca tempo em conseguir toda a infra-estrutura necessária e, muitas vezes, o paciente vem a falecer, o que inviabiliza a doação de órgãos.

Além disso, a lei uruguaia não faz menção à formação dos profissionais médicos que irão fazer o diagnóstico do ME. Já a lei brasileira exige que um deles deverá ser, obrigatoriamente, neurologista. Isso é outro entrave encontrado na lei brasileira que acaba por dificultar o diagnóstico de ME, pois em muitas cidades do

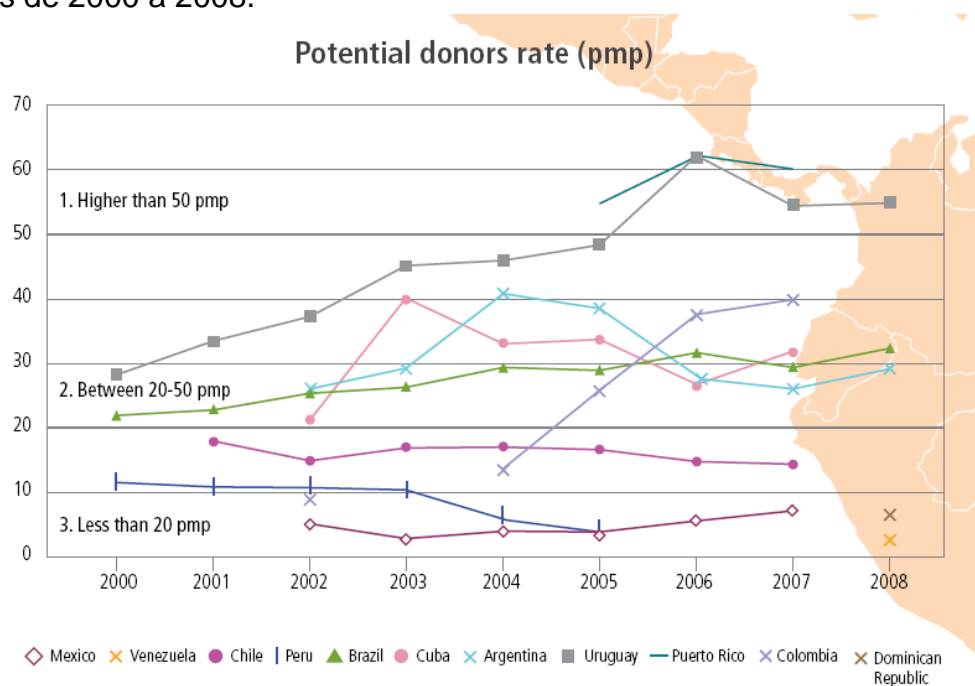
interior o neurologista é pessoa rara ou, muitas vezes, inexistente, o que inviabiliza a doação de órgãos.

Vemos que no Brasil, além do problema na realização do diagnóstico de ME, temos o baixo número de notificações realizadas às CNCDOs estaduais, o que impossibilita o envio de equipes para a retirada de órgãos e/ou tecidos. Conforme GARCIA (2009, p.05):

De cada dois possíveis doadores, um não é notificado. Isso acontece por vários motivos: falta de UTIs capacitadas em algumas cidades, falta ou não disponibilidade de equipamentos para a documentação da morte encefálica em alguns hospitais, ausência de neurologista ou neurocirurgião disponível todo o período em algumas UTIs e médicos não capacitados ou motivados para a realização dos testes para o diagnóstico de morte encefálica em outras UTIs.

A seguir gráfico demonstrativo das diferenças de notificações encontradas entre os países da América Latina nos anos de 2000 à 2008. Importante salientar que a notificação não significa doação, sendo que no Brasil só será doação se a família concordar e no Uruguai desde que a pessoa havia manifestado em vida o desejo de doar seus órgão, ou, como mencionado anteriormente, a família não se opuser no prazo de três horas após constatado o óbito.

Gráfico 1: Notificação de Potenciais doadores p.m.p. dos Países da América Latina dos anos de 2000 a 2008.



Fonte: Revista América Latina de Transplantes, 2009.

Assim, vemos que as notificações de ME são uma das causas da diferença na captação de órgãos e tecidos desses países.

1.6) Controle social empregado pelo país

No Brasil vemos claramente o controle social em matéria de transplantes. Conforme anteriormente mencionado os relatórios dos hospitais são enviados para os Conselhos Municipais de saúde e são empregados nas pactuações de metas durante a contratualização do SUS com entidades filantrópicas ou privadas. Igualmente são enviados relatórios trimestrais ao Ministério Público Estadual que em muitos estados brasileiros, como no RS, possui Câmara Técnica que discute sobre doação de órgãos e transplantes. Ademais, pode-se dizer que a lista de espera é parcialmente pública, pois todos que aguardam por um órgão ou tecido possuem um número para acessá-la, no entanto, os demais membros da sociedade não possuem acesso à lista de espera do Brasil.

No Uruguai, pode-se dizer que existe certo controle social em relação à lista de espera, visto que a lista fica publicada no site do M.S.P. e toda a população tem acesso. Ademais, vemos que o controle em matéria de doação e transplantes não é realizado pela sociedade e sim pelos organismos governamentais, como o M.S.P. e o INDT.

Dessa forma, vemos que no Brasil o controle social mostra-se mais efetivo se compararmos ao realizado no Uruguai.

1.7) Eventual punição por omissão do profissional e da instituição.

Ambas as legislações prescrevem punições aos profissionais e às instituições caso ocorram falhas tipificadas como crime no processo de doação e transplantes de cada país.

A Lei 14.005/1971, que é a lei dos transplantes aplicada no Uruguai, estabelece nos seus artigos 14 e 15 pena privativa de liberdade e proibição da atividade de transplantes ao profissional que incorrer em crime.

Artículo 14.- El que por ceder un órgano o un tejido, no oponerse a su utilización, o autorizar una autopsia clínica a los fines de la ley, recibiere por sí mismo o por un tercero, para sí mismo o para un tercero, dinero u otro provecho o aceptara su promesa, será castigado con la pena de seis meses de prisión a cuatro años de penitenciaría.

Con la misma pena será castigado el que pagare en dinero o diere otro provecho por efectuar algunas de las operaciones descriptas precedentemente.

Artículo 15.- Los profesionales y personal técnico auxiliar que trasgredieran cualesquiera de los preceptos que establece la presente ley, serán suspendidos en el ejercicio de su profesión o técnica, de seis meses a cinco años, sin perjuicio de las responsabilidades penales o patrimoniales en que pudieren haber incurrido. (Lei 14.005/1971)

Igualmente a Lei 9.434/1997 que é a lei brasileira em matéria de transplantes traz todo um Capítulo dedicado aos crimes relacionados aos transplantes, cujas sanções são penais e administrativas, tanto para o profissional de saúde que cometer uma conduta tipificada como crime, como para a instituição que não obedecer às normas atinentes ao tema.

Cabe, ainda, enfatizar que os Códigos Penais dos dois países estudados tratam os crimes relacionados aos transplantes na categoria de crimes contra a vida, não havendo diferenças a serem apontadas em relação aos Códigos Penais. Já em relação aos crimes tipificados nas leis de transplantes dos dois países vemos que a do Brasil é mais rigorosa em se tratando de doação e transplantes, apresentando um rol maior de tipificações.

2) Categoria ligada à Assistência

2.1) Acompanhamento à saúde do receptor, do doador e de sua família

A partir da análise dos documentos coletados pode-se dizer que tanto o Brasil como o Uruguai atendem aos receptores, doadores e familiares de alguma forma.

Conforme dados do INDT (2010) o Uruguai conta com vários programas para atendimento a receptores, dentre eles Programa de Transplante Renal, Cardíaco, Rim-Pâncreas, Hepático, Pulmonar, Implante de Córnea, Pele, Fáscia Lata, Tecido ósseo, Segmento Arterial Valvulado, Segmento Arterial não Valvulado, e Medula Óssea. Todos os programas visam atender os receptores e doadores.

Já o Brasil possui vários programas de transplantes, destacando-se em técnicas pioneiras de transplantes no mundo como no caso de transplantes de coração, coração e pulmão, hepático, inclusive inter-vivos, dentre outros. Verifica-se que o Sistema de Transplantes do Brasil é mais completo em alguns pontos como no que diz respeito ao fornecimento de imunossupressores aos pacientes.

Segundo o MS (2010) o Sistema Público de Saúde financia mais de 95% dos transplantes realizados no Brasil e também subsidia todos os medicamentos imunossupressores para todos os pacientes. Esse sistema subsidiado de medicamentos é similar ao programa de tratamento da AIDS, que tem colocado o Brasil entre os países com maior efetividade no controle desta síndrome. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizados a realizar transplantes, o Sistema Nacional de Transplantes está presente em todos os estados do país e no Distrito Federal, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes.

Por outro lado, ainda temos casos de pacientes que necessitam recorrer ao Poder Judiciário para não terem suspenso o fornecimento de medicações.

Cabe ressaltar que tanto o INDT do Uruguai como o SNT do Brasil têm, entre suas funções o atendimento e apoio a todos os doadores vivos e aos receptores, sendo que a legislação do Brasil menciona, ainda, o apoio aos familiares, visto que no Brasil a família é considerada peça fundamental para que ocorra a doação *pós mortem*.

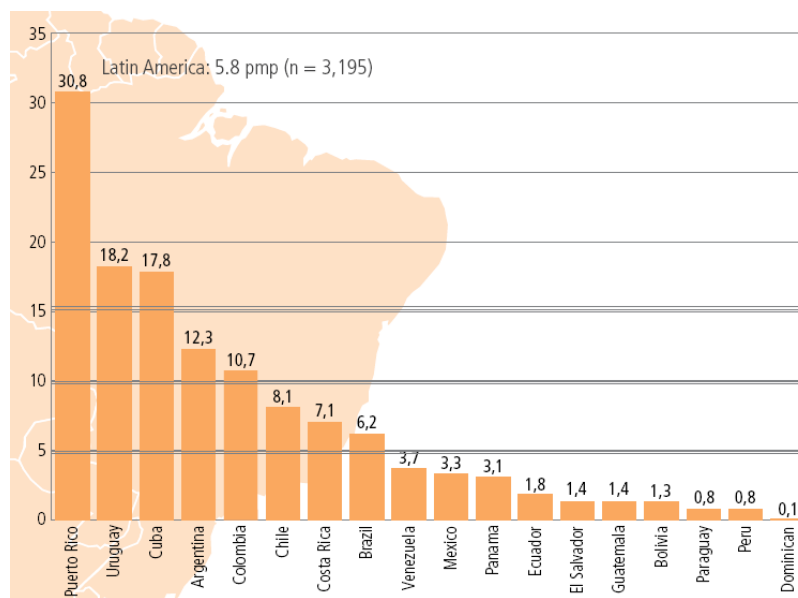
Na prática observamos que o estabelecido na lei não ocorre como deveria, como exemplo pode ser citado quanto aos esclarecimentos necessários sobre o diagnóstico de ME. Vemos familiares angustiados que são pouco instruídos pelos profissionais da saúde sobre o processo morte. Alguns não conseguem entender como não há mais vida no corpo se o coração ainda bate. São esclarecimentos fundamentais para que ocorra a doação de órgãos no Brasil.

No Uruguai observamos uma maior preocupação com a formação de profissionais da área da saúde em matéria de transplantes, tanto é assim que na equipe que compõe o INDT vemos profissionais do *Ministério de Salud Pública* e da *Universidad de La República*. Inclusive o espaço físico é dividido entre as duas instituições, também possuem os mesmos objetivos em se tratando de assistência, docência, investigação e extensão.

Assim, percebemos que existem diferenças pontuais na legislação de transplantes dos dois países estudados, o que contribui, ao meu entender, de forma significativa, no número de captações de órgãos realizados por esses países.

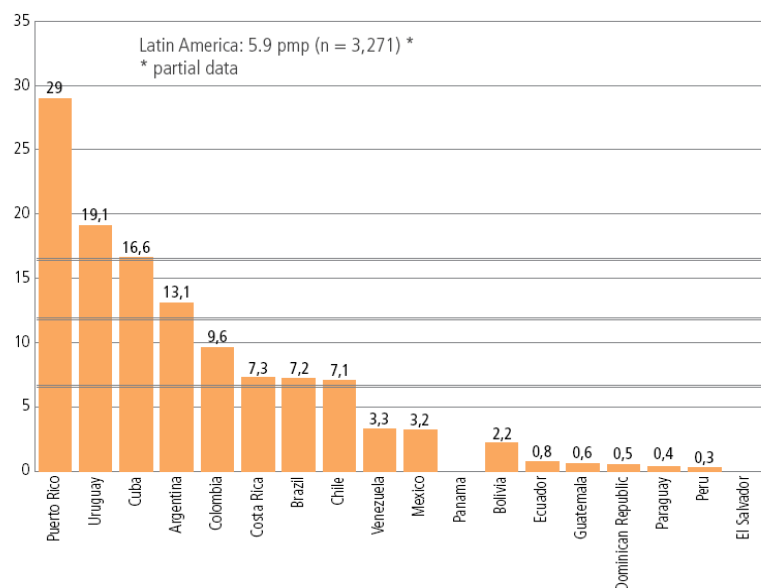
A seguir apresentamos gráficos comparativos do número de captações efetivas por milhão da população realizadas nos países da América Latina, dentre eles o Brasil e o Uruguai nos anos de 2007 e 2008, de acordo com o SNT do Brasil e o INDT do Uruguai.

Gráfico 2: Doadores Efetivos de 2007 – Países da América Latina



Fonte: Revista América Latina de Transplantes, 2009.

Gráfico 3: Doadores Efetivos de 2008 – Países da América Latina



Fonte: Revista América Latina de Transplantes, 2009.

A partir da análise dos gráficos acima vemos que o número de transplantes no Brasil tem aumentado gradativamente, mas ainda está muito abaixo do esperado, ainda mais se compararmos com o Uruguai. Veja, por exemplo, a evolução no número de transplantes de órgãos sólidos e córneas entre 1995 e 2007, segundo o DATASUS e a ABTO (ADOTE, 2010).

Tabela 1 : Transplantes de Órgãos sólidos e córneas realizados no Brasil nos anos de 1995 a 2007 segundo DATASUS e ABTO

ANO	DATASUS		ABTO	
	ÓRGÃOS	CÓRNEAS	ÓRGÃOS	CÓRNEAS
1995	1.657	2.206	2.034	544
1996	1.708	1.976	2.064	1.273
1997	1.715	1.819	2.058	1.713
1998	1.796	2.077	2.334	2.442
1999	2.429	2.081	2.884	3.170
2000	2.853	2.259	3.574	3.226
2001	3.135	2.587	3.930	4.399
2002	3.483	3.043	4.018	5.328
2003	3.721	3.258	4.344	6.286
2004	4.297	4.999	4.744	6.532
2005	4.307	5.088	4.655	8.713
2006	3.931	5.351	4.667	10.124
2007	4.344	5.483	4.733	9.940

Fonte: ADOTE, 2010.

Os dados fornecidos por estas duas organizações são diferentes porque o SNT computa apenas os transplantes financiados SUS e os da ABTO inclui também os procedimentos realizados com outras fontes de financiamento.

Segundo dados do SNT em 2004 foram notificados para as Centrais de Transplantes 5.073 casos de morte encefálica, situação que torna alguém um potencial doador de órgãos. Esse número representa menos da metade dos casos possíveis na população brasileira. Muitos hospitais públicos e privados, efetivamente, ainda não instalaram as Comissões Intra-Hospitalares de Transplante determinadas por portaria de 2001 e ratificada em 2005 como Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Transplantes (SNT, 2006).

Dados da CNCDO do RS (2011) registram que no ano de 2010 foram captadas 58 córneas nos hospitais da cidade de Pelotas/RS e até 15/08/2011 já contamos com 56 córneas captadas. Isso demonstra que os hospitais do interior do estado estão, aos poucos, engajando-se na busca de se aumentar as doações em nosso estado e em nosso país.

A maioria da população brasileira doaria seus órgãos para transplante. Essa afirmativa é válida para todas as faixas etárias e de renda, qualquer classe social, nível de escolaridade e religião e independe do sexo. Foi o que constatou pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, encomenda pela ADOTE – Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos no ano de 2010. Foram entrevistadas mais de 2.000 pessoas de 118 municípios, entre 16 e 19 de março de 2009 para quem foi feita a seguinte pergunta: **Você doaria órgãos do seu corpo para serem transplantados após sua morte?** 64% responderam Sim, 28% responderam Não, 7% não souberam ou não quiseram responder e 1% respondeu que Depende (ADOTE, 2010).

Conforme ABTO (2011) em novembro de 2010 durante a 29ª Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, ocorrida na sede do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, o chamado Palácio do Itamaraty, os Ministros da Saúde e os representantes do Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Chile definiram metas para qualificar a saúde destes países, dentre os assuntos tratados foi o de promover estratégias para aumentar a doação e os transplantes de órgãos e tecidos, como a elaboração do Registro do Mercosul para acompanhamento e mapeamento das doações desses países. Além disso, discutiram instrumentos que permitam resolver as emergências na área de transplantes de cada país. Assim, espera-se que consigamos nos aproximar dos números de doadores do Uruguai.

De acordo com Garrafa et al (1997), além da priorização no contexto sanitário brasileiro, um dos compromissos que se deve esperar do Estado é o estabelecimento de uma legislação adequada, acompanhada de infraestrutura sanitária pertinente, que estimule e facilite o controle de todo o conjunto de um efetivo Sistema Nacional de Transplantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está mais do que comprovado que o transplante representa alternativa terapêutica eficaz e, em muitas situações, o único tratamento para pacientes com doenças onde há dano irreversível de algum órgão ou tecido.

A saúde vista como algo que legitimamente pertence a alguém ganhou legitimidade e legalidade nos países estudados. Cada um deles, a sua maneira garantiu no texto constitucional o direito à saúde e a partir de então, sua concretização e exercício passam a ser obrigatórios.

Assim, mesmo que de forma diferente, tanto o Brasil como o Uruguai buscam ações para aumentar a doação de órgãos e, por conseguinte, o número de transplantes em seus territórios.

A ABTO pretende que o Brasil chegue a 20 doadores por milhão de habitantes até 2017. “Nós melhoramos muito, mas ainda tem bastante gente na fila” Dr. Valter Duro Garcia. Para o médico na medida em que a população ficar consciente da importância da doação de órgãos e os profissionais estiverem capacitados para realizarem todo o procedimento do transplante esses números irão avançar cada vez mais.

Principais objetivos da ABTO estão o aumento do número de doações e transplantes no país e a diminuição das desigualdades entre os Estados. Para isso, foi projetado um crescimento médio de 15% ao ano por 10 anos, a partir de janeiro de 2008, para se obter 10 doadores por milhão da população (pmp) em 2010 e 20 doadores pmp em 2017, mudando drasticamente o cenário brasileiro em matéria de transplantes.

No estado de São Paulo nos primeiros seis meses do ano de 2009 foram registrados 352 doações contra 215 no mesmo período do ano anterior, o que significa que o número de doadores cresceu 63,7%. A média nacional também subiu, registrando um aumento de 20% no número de doadores. A capital paulista teve o melhor índice de toda sua história, com 28,3 doadores pmp, média que sozinha ultrapassa o número registrado no Uruguai e nos Estados Unidos, por exemplo. Mas, as diferenças entre os nossos estados ainda é preocupante e faz com que se torne baixa a média nacional.

Esse aumento foi atribuído principalmente a dois fatores. Primeiro a uma melhor logística de todo o processo de doação nos hospitais e o segundo fator são

as campanhas, principalmente com uma série apresentada pelo médico Dráuzio Varela no programa “Fantástico” da Rede Globo. Assim, mais uma vez restou comprovada a importância e a influência da mídia perante a sociedade em se tratando de doação e transplantes.

Ademais a conscientização da sociedade como um todo, tarefa de longo prazo, deve ser iniciada nas escolas, o centro ideal de formação integral dos jovens, incluindo o exercício da cidadania. Neste sentido, a incorporação dessa temática nos conteúdos curriculares dos diversos níveis de ensino é determinante para se lograr uma atitude crítica que permita o debate e a análise dos avanços científicos que influenciam a nossa saúde e determinam o rumo da nossa existência. Afinal, os estudantes de hoje são os futuros profissionais da saúde de amanhã e, quem sabe, não serão potenciais doadores ou receptores de órgãos, beneficiários da admirável tecnologia dos transplantes.

A análise das legislações do Brasil e do Uruguai permitiu identificar o que concluímos serem as principais simetrias e assimetrias, a saber:

- Ambos os países utilizam o critério de morte como sendo o da Morte Encefálica;
- No Brasil a doação de órgãos é consentida, isso é depende da aprovação dos familiares. Já no Uruguai é doação é presumida, a própria pessoa manifesta em vida o desejo ou não de doar seus órgãos e/ou tecidos. A família poderá manifestar-se somente no caso de o falecido não expressar sua vontade durante a vida;
- O diagnóstico de ME é mais sucinto no Uruguai do que no Brasil, o que facilita o processo de doação e transplantes, com a diminuição dos riscos de se perder um potencial doador;
- No Brasil há maior facilidade de se doar um órgão em vida para um parente, visto que a autorização judicial é necessária somente para doação para parentes a partir do 3º grau, já o Uruguai exige a autorização para doação para parentes a partir do 2º grau;
- Ambos países dispensam a exigência de autorização judicial em se tratando de doação em vida para cônjuge. O Brasil estende a dispensa para o companheiro, enquanto que a lei Uruguia é omissa nesse aspecto;

- No Brasil a entrevista familiar é parte fundamental no processo de doação. No Uruguai a entrevista familiar só irá ocorrer se o falecido não manifestar em vida o desejo ou não de doar;
- Há diferenças importantes em quem será entrevistado entre os dois países, visto que o Uruguai elenca o cônjuge como a primeira opção e faz diferenças importantes entre os filhos biológicos e adotivos. No Brasil não há hierarquia entre o cônjuge/companheiro e os familiares de 1º grau, ademais a Constituição Federal de 1988 acabou com qualquer distinção entre filhos biológicos, adotivos ou adulterinos;
- Em ambos os países há um controle social em relação à fila de espera por um órgão e tecido. Já em matéria de doação e transplantes no Uruguai o controle social não é realizado pela sociedade e sim pelos organismos governamentais, como o M.S.P. e o INDT. No Brasil esse controle mostra-se diferenciado, visto que é realizado pelo Ministério da Saúde, pela CNNCDO, pelas CNCDOs, pelo Ministério Público, e através das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e os Conselhos Municipais de Saúde. Também é papel importante das OPOs e OPCs fiscalizarem o processo doação-transplante;
- Ambos os países caracterizam os crimes em matéria de transplantes como crimes contra a vida e ambos trazem em suas legislações tipos penais incriminadores em relação aos profissionais e instituições de saúde. O rol de crimes tipificados na lei brasileira é maior do que encontramos na lei uruguaia;
- Ambos os países procuram atender assistencialmente o doador e receptor. No Brasil a preocupação se estende de forma mais acentuada também em relação aos familiares, pois de pende deles a doação *pós mortem*.

Como dificuldade que encontrei na elaboração do presente estudo posso apontar o desconhecimento da logística de transplantes do Uruguai enquanto profissional, o que fez com que fosse necessário um estudo mais aprofundado do tema.

As facilidades foram evidentes principalmente na descrição do funcionamento do Sistema de Transplantes do Brasil, visto que desempenho a

Coordenação de uma Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em um Hospital Escola do interior do RS/Brasil, o que me exige o conhecimento do tema de modo mais aprofundado. Outra facilidade a ser apontada é o de entendimento da língua espanhola, por residir no Sul da América, próximo à fronteira Brasil-Uruguai.

Ainda é importante ressaltar que novos estudos fazem-se necessários, principalmente no que diz respeito à avaliação dos investimentos dos países no processo doação-transplante, bem como com a formação de profissionais técnicos e pesquisadores apaixonados pela temática. Também seria relevante um estudo sobre as causas da negativa familiar para doação que ocorre em nosso país, para que possamos melhorar o desempenho do Brasil em relação à captação de órgãos e transplantes, o que penso trabalhar em sede de Doutorado.

Por fim, cabe enfatizar que temos muitos desafios a enfrentar, tais como a educação da sociedade, a logística dos hospitais para a procura de doadores, a necessidade de maior profissionalização das CNCDOs, pois a decisão sobre o destino de um órgão deve ser rápida e competente, mas, principalmente, faz-se necessária a disseminação da informação sobre a temática doação-transplantes junto à sociedade brasileira, para que efetivamente consigamos aumentar o número de doações e transplantes em nosso país, diminuindo a angústia de quem vive na famigerada fila por um órgão ou tecido... ou melhor, por uma vida.

REFERÊNCIAS

ABTO: **Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. <http://www.abto.org.br>. Acessado em 12 de maio de 2010.

ADOTE: **Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos**: <http://www.adote.org.br>. Acessado em 10 de abril de 2010.

ALAMI. **Análisis comparado de la industria de las Instituciones Aseguradoras Privadas de Salud en Latinoamérica**. Estudio Conjunto ALAMI-OPS, 2001.

ALMEIDA, E. S. **Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93**. 1995. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

ALMEIDA FILHO, N. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?** Rev. Bras. Epidemiol. v. 3, Nº 1-3, 2000.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. et al. **A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v.8 nº1-2, Washington, 2000.

ARAÚJO, A. A et al. **Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários?** Revista Bioética 16 (1): 117 – 24, 2008.

ASSIS, Francisco Neto de. **Esperando um Coração: Doação de órgãos e transplantes no Brasil**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel, 2000, 220p.

BERNARD, Jean. **A Bioética**. São Paulo: Editora Ática, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sobre o SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/>. Acessado em 16 de março de 2011.

_____. **Constituição Federal de 1924**. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em 10 de outubro de 2010.

_____. **Decreto-Lei 2848 de 07 de Dezembro de 1940.** Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em 15 de julho de 2011.

_____. **Lei 4.280 de 06 de Novembro de 1963.** Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em 09 de agosto de 2011.

_____. **Lei 5.479 de 1968.** Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em 09 de agosto de 2011.

_____. **Decreto 678, de 22 de novembro de 1969.** Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica). Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em 12 de agosto de 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei 8.078/1990.** Dispõe sobre o Código de Defesa do Consumidor. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em 12 de agosto de 2009.

_____. **Lei 8.489 de 18 de Novembro de 1992.** Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em 12 de agosto de 2010.

_____. **Lei 8.080 de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.stf.gov.br>. Acessado em 12 de agosto de 2009.

_____. **Lei nº8.142 de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://www.stf.gov.br>. Acessado em: 12 de agosto de 2009.

_____. **Lei 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em: 10 de agosto de 2009.

_____. **Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997.** Regulamenta a Lei 9.434, de 4 de Fevereiro de 1997, que Dispõe Sobre a Remoção de Órgãos, Tecidos e Partes do

Corpo Humano para Fins de Transplante e Tratamento e da Outras Providencias. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em: 10 de agosto de 2009.

BRASIL. **Resolução 1.480 de 1997**. Conselho Federal de Medicina, Diário Oficial da União, 21/8/1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **POLÍTICAS DE SAÚDE** - Metodologia de Formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, 15p.

_____. **Lei nº 10.211, de 23 de março 2001**. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em: 10 de agosto de 2009.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.752, de 23 de setembro de 2005**. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em: 10 de março de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.262, de 27 de dezembro de 2007**. Define atribuições da CIHDOTT. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em: 10 de março de 2010.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOCCHI JÚNIOR, H. **Os Direitos Humanos e a Seguridade Social no Brasil**. Publicado na Síntese Trabalhista n. 171 – Set. 2003

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciências e saúde coletiva, 8 (2):569-584, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, p.1865-1874, Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, Gilson de Cassia Marques. **O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Saúde e Sociedade. v.2, nº1, São Paulo, 1993.

CARVALHO, Eurípedes. **Doação e Direitos**. Folha de São Paulo. São Paulo, 10 de Março de 1998.

CENTRAL DE TRANSPLANTES DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acessado em 10 de maio de 2010.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração: edição compacta. 7ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.**

COMPARATO, Fábio Konder. **Para Viver a Democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Ética Sanitária**. In: ARANHA, Márcio Iório e TOJAL, Sebastião Botto de Barros (org.). Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília: Faculdade de Direito da UnB – Ministério da Saúde, 2001, p. 119-140.

DAL PRÁ K. R. et al. **Reformas do Setor Saúde no Mercosul**. s.d.

DAL PRA, K. R. **Fronteiras do Brasil com os países do Mercosul: Um estudo a partir da área da saúde com a população trabalhadora**. Tese de Doutorado. Porto Alegre, 2009.

FEUERWERKER, Laura C. M. **Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. Interface. Botucatu. v.9, nº18, 2005.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANÇA, Genival Veloso de França. **Comentários ao Código de Ética Médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 321 p.

GARCIA, V. D., et al. Proposta de uma Política de Transplantes para o Brasil. In: Garcia, V.D. **Por uma política de Transplantes no Brasil**. São Paulo: Office/Publicidade Ltda. 2000. p. 109-162.

GARCIA, V. D., et al. Política de Transplantes no Brasil. In: Garcia, V. D, et al. **Transplante de Órgãos e Tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2006. p. 43-49.

GARRAFA, V; et al. **Saúde pública, bioética e equidade**. Bioética. 1997; 5:27-33.
GEDIEL, José A. Peres. **Os transplantes de órgãos e a invenção moderna do corpo**. Curitiba: Moinho do Verbo, 2000.

GILL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo. Ed. Atlas, 2008.

GLEZER, Milton. **Morte Encefálica**. São Paulo, 2004.

GOLDIM, J.R. Consentimento presumido para doação de órgãos – A situação brasileira atual. 1998.

GOLDMANN, Lucien. **Dialética e cultura**. Tradução de Luiz Fernando Cardoso, Carlos Nelson Coutinho e Giseh Vianna Konder. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

JUNIOR , S. M. S. L. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM). **Desconstruindo a definição de saúde**. Jul, Ago, Set, 2004, pag 15-16. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornal>. Acessado em 10 de agosto de 2009.

LUCHESSA, P. **Introdução: Políticas Públicas em Saúde**. Saúde Pública Brasil e BIREME/OPAS/OMS 2004. Disponível em : [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(introduction/channel\)](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=(introduction/channel)). Acessado em 30 de julho de 2009.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 20.ed., São Paulo: Atlas, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 30 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011, 108p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Disponível em: <http://www.ms.gov.br>. Acessado em 12 de março de 2010.

MINISTERIO DE LA SALUD PUBLICA: Disponível em www.msp.gub.uy. Acessado em 05 de maio de 2010.

NANNI, Giovanni Ettore. **A autonomia privada sobre o próprio corpo, cadáver, os órgãos e tecidos diante da Lei Federal nº. 9.3434/97 e a Constituição Federal.** In: LOTUFO, Renan (coord.). *Direito Civil Constitucional: caderno 1.* São Paulo: Max Limonad, 1999.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde-SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elizabete. et al. **Serviço Social e Saúde.** 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p.218-241.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Health in the Americas.** v. 2. 2002a. Disponível em: www.paho.org/hia/homeing.html. Acessado em: 13 de outubro de 2011.

_____. **Perfil del sistema de servicios de salud – Uruguay.** 2002b. Disponível em: www.paho.org/hia/homeing.html. Acessado em: 13 de outubro de 2011.

_____. **Série Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. 2006. **Brasília/DF.**

_____. **Série Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** 2006d. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. 2006. **Brasília/DF.**

_____. **Série Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** 2006e. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. 2006. **Brasília/DF.**

PITREZ, Maria Fernanda Goetzke. **Aspectos legais dos transplantes no Brasil.** Pelotas: III Encontro Regional de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes do Rio Grande do Sul, 2002, 4 p. Disponível em: <http://www.adote.org.br>, Acessado em: 13 de outubro de 2011.

ROZA, B. de A. **Efeitos do processo de doação de Órgãos e Tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação.** 2005. São Paulo: USP, 2005.

SANTOS S. I. et al. **Os Avanços do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil.** Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/21277/1/os-avancos-do->

programa-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/pagina1.html. Acessado em 15 de agosto de 2009.

SANTOS, K. et al. **Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs**. Rev. Bras. Enfermagem. V. 59.n.1.p.61-66, 2006.

SCHNEIDER, Sérgio; SCHIMITT, ClaudiaJob. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, p. 49-87, 1998.

SILVA, P. L. B. **Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década**. n. 17, São Paulo: Perspectiva, 2003, p.69-85.

SILVA, Vini Rabassa da, et al. **Controle Social das Políticas Públicas – Caminhos, Descobertas e Desafios**. São Paulo: Paulus, 2007.

SILVA, M.P.S. **Ações de Cooperação em Saúde na Fronteira Brasil/Uruguai: Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento-Rivera**. Tese Mestrado. UCPel. 2009. Disponível em: <http://antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/22.pdf>. Acessado em: 21 de março de 2011.

SIQUEIRA, H. C. H. **As Interconexões do Serviço no Trabalho Hospitalar – um modo de pensar e agir**. 2001. tese de Doutorado – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis.

URUGUAI. Lei 14.005 de 17 de agosto de 1971. **Dispõe sobre Transplante de Organos y Tejidos**.

_____. **Decreto-Ley nº 15.181, de agosto de 1981**. Se establecen nuevas normas para la asistencia medica colectiva y privada. Disponível em www.msp.gub.uy. Acessado em 26 de março de 2010.

_____. **Constitución de la República Oriental de Uruguay**.1967.

_____. Decreto 313 de 1991. Dispõe sobre a superintendência Técnica da BNOT. Disponível em www.msp.gub.uy. Acessado em 09 de agosto de 2011.

_____. **Código de Ética Médica do Uruguai**. Aprovado em 27 de Abril de 1995. Disponível em www.msp.gub.uy. Acessado em 07 de julho de 2010.

_____. Decreto 248 de 2005. Dispõe sobre o INDT. Disponível em www.msp.gub.uy. Acessado em 07 de julho de 2010.

URUGUAI. Salud em el Uruguay y desafíos a la cooperación de OPS/OMS con el país. Montevideo, 2005. Disponível em: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/ccs_ury_final_es.pdf. Acessado em 12 março de 2010.

URUGUAI. Sistema nacional integrado de salud – SNIS. 2006. Disponível em: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>. Acessado em abril de 2010.

URUGUAI. Presidência do Uruguai. Disponível em : <http://www.presidencia.gub.uy/>. Acessado em 05 de fevereiro de 2010.

VALLS, L.M.A. **O que é Ética**. 9. ed. São Paulo: Brasiliense S.A., 2006. 82p.

WEBER, M. **Os Pensadores**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

WITT, R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções essenciais de Saúde Pública**. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2005. 336p.

SITES CONSULTADOS:

<http://www.abto.org.br>

<http://www.adote.org.br>

<http://www.bireme.br>

<http://www.dieese.org.br>

<http://www.doevida.org.br>

<http://www.fundacionviven.org>

<http://www.ms.gov.br>

http://www.oas.org/juridico/spanish/ury_res3.doc Código Penal Uruguiaio

<http://www.saude.gov.br>

<http://snt.datasus.gov.br/SNT/relatorios/prontuarioPaciente.jsf>.

<http://www.stf.gov.br>

<http://super.abril.com.br/saude/quantos-orgaos-acabariam-fila-transplantes-brasil-445047.shtml>

<http://www.uruguay.gub.uy>

<http://www.sociedaduruguaya.org>

Anexos

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997.

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o esperma e o óvulo.

Art. 2º A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

CAPÍTULO II

DA DISPOSIÇÃO POST MORTEM DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE.

Art. 3º A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

§ 1º Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e

enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

§ 2º Às instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

§ 3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Parágrafo único. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 2º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 3º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 4º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 5º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Art. 5º A remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais, ou por seus responsáveis legais.

Art. 6º É vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

Art. 7º (VETADO)

Parágrafo único. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necrópsia.

Art. 8º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

CAPÍTULO III

DA DISPOSIÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consangüíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

§ 3º Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

§ 4º O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

§ 5º A doação poderá ser revogada pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

§ 6º O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 7º É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

§ 8º O auto-transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 9º-A É garantido a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto. (Incluído pela Lei nº 11.633, de 2007).

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 2º A inscrição em lista única de espera não confere ao pretendo receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocado por acidente ou incidente em seu transporte. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Parágrafo único. Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 11. É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure:

a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;

b) apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único;

c) apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

Parágrafo único. Após a notificação prevista no caput deste artigo, os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional

necessário às equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante, hipótese em que serão ressarcidos na forma da lei. (Incluído pela Lei nº 11.521, de 2007)

CAPÍTULO V

DAS SANÇÕES PENAIS E ADMINISTRATIVAS

SEÇÃO I

Dos Crimes

Art. 14. Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa, de 100 a 360 dias-multa.

§ 1.º Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa.

§ 2.º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de três a dez anos, e multa, de 100 a 200 dias-multa

§ 3.º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta para o ofendido:

I - Incapacidade para o trabalho;

II - Enfermidade incurável ;

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

§ 4.º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta morte:

Pena - reclusão, de oito a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

Art. 15. Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa.

Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou aufera qualquer vantagem com a transação.

Art. 16. Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

Art. 17. Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

Art. 18. Realizar transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 19. Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 20. Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto no art. 11:

Pena - multa, de 100 a 200 dias-multa.

Seção II

Das Sanções Administrativas

Art. 21. No caso dos crimes previstos nos arts. 14, 15, 16 e 17, o estabelecimento de saúde e as equipes médico-cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizadas temporária ou permanentemente pelas autoridades competentes.

§ 1.º Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem direito a qualquer indenização ou compensação por investimentos realizados.

§ 2.º Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas, bem como se beneficiar de créditos oriundos de

instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

Art. 22. As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3.º § 1.º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3.º, § 2.º ao órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde, estão sujeitas a multa, de 100 a 200 dias-multa.

§ 1º Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13 desta Lei ou proibir, dificultar ou atrasar as hipóteses definidas em seu parágrafo único. (Redação dada pela Lei nº 11.521, de 2007)

§ 2.º Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

Art. 23. Sujeita-se às penas do art. 59 da Lei n.º 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. (VETADO)

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei n.º 8.489, de 18 de novembro de 1992, e Decreto n.º 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 4 de fevereiro de 1997; 176.º da Independência e 109.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Nelson A. Jobim
Carlos César de Albuquerque

Ley N° 14.005

TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS

SE ESTABLECEN NORMAS PARA SU REALIZACION
CON FINES CIENTIFICOS O TERAPEUTICOS

El Senado y la Cámara de Representantes de **la República Oriental del Uruguay,**
reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º.- Toda persona mayor de veintiún años de edad al ser internada en un establecimiento asistencial, público o privado, deberá manifestar si otorga o no consentimiento para que, de sobrevenir la muerte, su cuerpo sea empleado, total o parcialmente, para usos de interés científico o extracción de órganos o tejidos con fines terapéuticos.

El consentimiento o la negativa deberá ser expresado ante un médico del establecimiento en documento destinado, exclusivamente, a ese fin, el que deberá ser firmado por dicho médico y por el internado e incorporado al Libro Registral previsto en el artículo 6º. Si éste no supiera o no pudiera firmar, se requerirá la firma de dos testigos, médicos, debiendo, uno de ellos, hacerlo además, por el internado.

Tendrán derecho a estar presentes en este caso en el acto de prestarse el consentimiento antes aludido, así como en la hipótesis del inciso 1º los familiares indicados en el artículo 9º.

Si el internado es menor de edad o incapaz, el consentimiento o la negativa, deberá ser indicado por sus representantes legales en la misma forma establecida en el inciso anterior.

Si al internarse, la persona estuviera imposibilitada para hacer la manifestación de la voluntad prevista en el inciso 1º, ésta le será requerida en el momento en que recupere sus facultades.

No se podrá emplear a los fines científicos y terapéuticos que consigna la ley, el cadáver de una persona ingresada a un establecimiento asistencial, público o privado, fallecida sin haber podido manifestar su voluntad, si no es luego de tres horas de producirse el deceso sin que, en dicho lapso, se hubieran opuesto los familiares indicados en el artículo 9º.

Cuando el internado se abstuviera de manifestar su voluntad, en caso de fallecimiento, la decisión estará a cargo de los parientes indicados en el artículo 9º.

Artículo 2º.- Toda persona mayor de veintiún años de edad que no se hallará en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo anterior, podrá expresar su consentimiento para que, en caso de fallecer, su cuerpo sea empleado, total o

parcialmente, para usos de intereses científico o extracción de órganos o tejidos con fines terapéuticos.

La manifestación de voluntad podrá otorgarse a opción del interesado:

- a) Ante un médico, en la forma y con los requisitos indicados en el inciso segundo del artículo anterior;
- b) Ante un escribano, ya sea en escritura pública o por acta notarial;
- c) Ante el Juez de Paz en trámite que será gratuito;
- d) Directamente, ante el Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos. En este último caso, la expresión de voluntad será documentada ante un médico de la institución de la que dependa el Registro.

En los casos de los apartados a), b) y c) y del artículo 1º, el profesional o funcionario actuante deberá comunicar esa manifestación de voluntad al Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos, dentro de las cuarenta y ocho horas de otorgada.

Las expresiones de voluntad a que se refiere el presente artículo y los artículos 1º y 11, son esencialmente revocables, cumpliéndose los mismos requisitos que para la manifestación originaria. Cuando no hubiera expresión alguna de voluntad, la decisión estará a cargo de los parientes indicados en el artículo 9º.

Artículo 3º.- El Ministerio de Salud Pública tendrá a su cargo la organización de un Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos. Para esa finalidad, deberá establecer cuáles son las instituciones autorizadas a llevar Registros de dichos donantes, la forma de centralizar la información y de ponerla en conocimiento de las instituciones donde se realicen injertos y trasplantes.

Artículo 4º.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" habrá de determinar las normas de instalación y funcionamiento del o de los Bancos de Organos y Tejidos.

Los Organos y Tejidos almacenados en Bancos de institutos públicos o privados, constituyen un bien de la comunidad; el fin último de los mismos lo determinarán las necesidades asistenciales.

Artículo 5º.- El Ministerio de Salud Pública establecerá los requisitos que deberán satisfacer aquellos otros establecimientos asistenciales que, además de los dependientes de dicho Ministerio y de la Facultad de Medicina, podrán habilitarse para realizar el tipo de intervenciones que prevé esta ley.

Los establecimientos asistenciales privados, que no estén habilitados en los términos del inciso anterior, tendrán derecho a optar, para coordinar su actividad, con algunos de los autorizados.

Artículo 6º.- Todo establecimiento asistencial, público o privado, llevará un Libro Registral, bajo la responsabilidad de su Director, en el que se Incorporarán las manifestaciones de voluntad, previstas en el artículo 1º.

Asimismo, a los efectos de la justificación documentada de la defunción, llevará un Libro Especial de Necropsias.

Artículo 7º.- No se podrá efectuar la autopsia ni emplear el cadáver o piezas anatómicas del mismo para fines científicos o terapéuticos, sino después de comprobada la muerte.

Dicha comprobación deberá efectuarse por dos médicos del establecimiento respectivo, que no serán los que realicen las operaciones previstas en el inciso anterior y la conclusión deberá basarse en la existencia de cambios patológicos irreversibles, incompatibles con la vida.

La justificación de la defunción deberá documentarse en el Libro Especial de Necropsias, llevado por cada establecimiento asistencial, público o privado a esos efectos, precisándose la hora del fallecimiento, sus causas y las pruebas en que se funda la respectiva conclusión.

Artículo 8º.- Las autopsias son judiciales o clínicas. Las primeras son las que ordenare practicar la autoridad judicial en el ejercicio de sus funciones. Las demás son las clínicas y quedan sometidas a los mismos requisitos, limitaciones y procedimientos que rigen en materia de trasplantes de órganos e injertos de tejidos.

Los autopsistas deberán procurar que, finalmente, la integridad corpórea del cadáver quede restablecida al máximo.

Los gastos y honorarios derivados de la realización de autopsias no serán, en ningún caso, de cargo de los causahabientes.

Artículo 9º.- A los efectos de esta ley, se establece el siguiente orden de parentesco prioritario y excluyente de presentes en la localidad del deceso y que regirá en ausencia de voluntad expresa del fallecido:

- 1) El cónyuge;
- 2) Los hijos legítimos o naturales, reconocidos o declarados tales;
- 3) Los padres;
- 4) Los hermanos;
- 5) Los hijos adoptivos;
- 6) Los ascendientes o descendientes de segundo o ulterior grado;
- 7) Los colaterales de tercer o ulterior grado.

Tratándose de parientes de la misma categoría, es bastante el consentimiento de uno solo de ellos; sin embargo, la oposición formulada por un pariente de análoga

calidad jurídica, elimina la posibilidad de disponer del cadáver a los fines científicos o terapéuticos.

Artículo 10.- El parentesco o la vinculación al extinto, invocado de acuerdo al artículo 9º, deberá probarse mediante declaración jurada y documentos de identidad. Incurrirá en el delito previsto en el artículo 239 del Código Penal el que realice falsa declaración.

Artículo 11.- Toda persona mayor de veintiún años de edad podrá consentir en la remoción, en vida, de órganos o tejidos de su cuerpo para ser trasplantados o injertados a otros seres humanos. Previamente, un médico deberá dejar constancia escrita de su advertencia al donante, firmada, también, por éste, acerca de los riesgos de la operación y de la disminución física que habrá de sobrevenirle. Dicha constancia quedará archivada en el establecimiento donde se realizó la intervención.

Artículo 12.- Dispuesta la autopsia, las personas a quienes se refiere el artículo 9º podrán designar, a su costa, un facultativo para que la presenciare. También tendrá derecho a asistir el médico tratante del extinto quien podrá, reclamar el examen de determinadas regiones u órganos. Todas las cuestiones que surgieren durante la autopsia, serán resueltas, de plano, por el médico autopsista.

Artículo 13.- Solamente se admitirá la donación en vida o para después de la muerte de órganos o tejidos a favor de una persona determinada, cuando ésta sea pariente del disponente por consanguinidad o afinidad en línea recta o en la colateral hasta el segundo grado.

Artículo 14.- El que por ceder un órgano o un tejido, no oponerse a su utilización, o autorizar una autopsia clínica a los fines de la ley, recibiere por sí mismo o por un tercero, para sí mismo o para un tercero, dinero u otro provecho o aceptara su promesa, será castigado con la pena de seis meses de prisión a cuatro años de penitenciaria.

Con la misma pena será castigado el que pagaré en dinero o diere otro provecho por efectuar algunas de las operaciones descriptas precedentemente.

Artículo 15.- Los profesionales y personal técnico auxiliar que trasgredieran cualesquiera de los preceptos que establece la presente ley, serán suspendidos en el ejercicio de su profesión o técnica, de seis meses a cinco años, sin perjuicio de las responsabilidades penales o patrimoniales en que pudieren haber incurrido.

Artículo 16.- Todo médico que expida un certificado de defunción deberá comunicarlo dentro de las cuarenta y ocho horas de expedido al Ministerio de Salud Pública. En la comunicación se establecerán los siguientes datos:

- A) Nombre y apellido completos del fallecido.
- B) Número de la cédula de identidad, serie y número de la credencial cívica, número y categoría de la licencia de conductor, clase y número del pasaporte.

A falta de todos los documentos indicados precedentemente, se proporcionarán los datos que surjan de cualquier otra documentación correspondiente al fallecido.

- C) Fecha y hora de la defunción.
- D) Causas del deceso.
- E) Cualquier observación que considere pertinente.

Artículo 17.- Si alguno de los datos consignados en el artículo anterior, no pudieren proporcionarse, el profesional dejará constancia de la imposibilidad y causa de la misma.

Artículo 18.- El Ministerio de Salud Pública organizará y llevará un Registro Nacional de Defunciones y ejercerá el contralor del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 19.- El Ministerio de Salud Pública dispondrá las medidas necesarias para asegurar la mayor difusión de los preceptos y el alcance de la presente ley.

Artículo 20.- Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 10 de agosto de 1971.

ALBERTO E. ABDALA,
Presidente.
José Pastor Salvañach,
Secretario.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

Montevideo, 17 de agosto de 1971.

Cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

PACHECO ARECO.
WALTER RAVENNA.
PEDRO W. CERSOSIMO