

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
UNIPAMPA**

ANA MARIA CAPELLI GONÇALVES

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM ATO DE AMOR E ESPERANÇA

SÃO BORJARS

2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
UNIPAMPA**

ANA MARIA CAPELLI GONÇALVES

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM ATO DE AMOR E ESPERANÇA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dr^a Jaqueline Carvalho
Quadrado

São Borja
2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pela autora através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

A481o Gonçalves, Ana Maria Capelli

Doação de órgãos: um ato de amor e esperança
72p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação) – Universidade
Federal do Pampa, Serviço Social, 2017.
Orientação: Jaqueline C. Quadrado.

1. Doação de órgãos. 2. Transplantes. 3. Assistente Social.

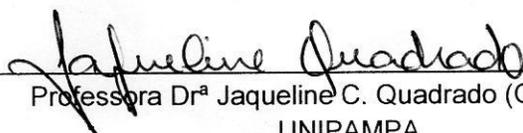
ANA MARIA CAPELLI GONÇALVES

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM ATO DE AMOR E ESPERANÇA

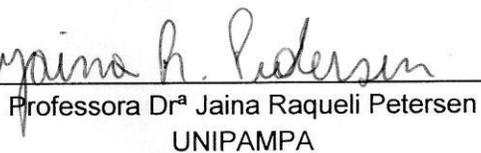
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em 07 de dezembro de 2017, às 15h e 30 min.

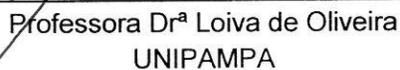
Banca examinadora:



Professora Dr^a Jaqueline C. Quadrado (Orientadora)
UNIPAMPA



Professora Dr^a Jaina Raqueli Petersen
UNIPAMPA



Professora Dr^a Loiva de Oliveira
UNIPAMPA

Dedico a Deus que nos criou e foi muito criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim me sustentou e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta caminhada muitos obstáculos tiveram que ser enfrentados. No entanto, com muita perseverança e força de vontade, todos foram superados. Mas NUNCA estive sozinha. A presença de alguns envolvidos me deram forças e me ajudaram durante esta jornada. Assim...

Agradeço a Deus por ter me dado forças para não desistir e poder alcançar mais esta vitória em minha vida.

Ao meu pai, que mesmo estando no reino de Deus, sinto sua presença constante em minha vida e foi e sempre será minha fonte inspiradora, pois é por você e em você que me espelho todos os dias de minha vida até a hora de nosso encontro definitivo, saudades eternas.

À minha mãe, meu exemplo de mulher, mãe e avó. Sempre presente em todos os momentos de minha vida. Sem você comigo, tudo seria muito difícil e não sei se teria conseguido!

Ao meu filho querido e amado, Luiz Fernando! Minha fonte de inspiração e vida! As maiores de todas as minhas vitórias. Obrigada por compreender e me permitir um tempo para que fosse necessário o término de mais esta caminhada. Também peço desculpas pela ausência, mas tudo será retribuído, prometo. AMO MUITO VOCÊ!

Aos meus amados irmãos, Célia Sato e Ligia Maria, que mesmo estando longe, estiveram presentes através de telefonemas e em pensamento, sempre torcendo pelo meu sucesso.

Aos cunhados e sobrinhos pela torcida carinhosa!

Aos mestres que participaram de toda a minha formação e que me ensinaram a ver a vida sob outro ângulo! Pessoas muito importantes e que lembrarei com muitas saudades!

À minha orientadora e supervisora de Estágio, Jaqueline Carvalho Quadrado, por ter me aceito como sua supervisionada e orientanda mesmo sabendo das minhas

dificuldades de horários, por ser mãe e estudante. Agradeço pela paciência, dedicação, respeito e carinho. Meu muito obrigado!

Aos Professores Doutores Jaina Raqueli Pedersen e Loiva de Oliveira por terem aceitado fazerem parte da minha banca. Com certeza, a opinião de vocês tem muito valor para mim.

Aos colegas e amigos que formei aos mais de quatro anos de formação. Não esquecerei jamais das rodadas de chimarrão durante as aulas.

Não poderia deixar de agradecer a minha supervisora de campo Claudia Maurer, futura colega de profissão, pela cumplicidade, amizade e compreensão. Obrigada pelos momentos de descontração, pelas muitas risadas dadas, pelas conversas, pelas palavras de incentivo. Sem elas, eu não teria conseguido alcançar mais esta vitória. Sei que sempre poderei contar contigo!

A minha mais nova amiga Gislaine Martins, que com sua dinâmica e profissionalismo fez toda a correção do meu Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada por compartilhares comigo tua sabedoria e pelas palavras de carinho que sempre teve comigo!

Enfim, meu MUITO OBRIGADO nunca será suficiente para demonstrar a grandeza que recebi de todos vocês!

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.

Chico Xavier

LISTA FIGURAS

Fig. 1 - As cinco regiões do País contam com 506 Centros de Transplantes.....	22
Fig. 2 – Desafio do Brasil: diminuir a recusa dos familiares em doar os órgãos	23
Fig. 3 – Transplante duplo coração/pulmão.....	28
Fig. 4 – Transplante de medula óssea	30
Fig. 5 – Fluxograma de transplante	36
Fig. 6 – Tabela 1	39
Fig. 7 – Tabela 2	39
Fig. 8 – Etapas do processo de doação de órgãos.....	57

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

CT – Central de Transplantes

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CIHDOTT – Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para
Transplantes

DPVAT - Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de
Vias Terrestres

DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível

EAU – Estados Unidos da América

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAB – Força Aérea Brasileira

FK506 – Imunossupressor

IPTR – International Pancreas Transplate Registry

IMOS – Insuficiência de Múltiplos Órgãos e Sistemas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPOs – Organização de Procura de Órgãos

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

NOBRH/SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

SEMOB – Superintendência Executiva de Mobilidade Urbana

SNT – Sistema Nacional de Transplantes

RESUMO

Este trabalho tem como tema de debate a doação de órgãos e tecidos, uma matéria bastante polêmica em nossos dias por envolver questões éticas, científicas e religiosas. Apesar das discussões, percebe-se que ainda existe muita desinformação sobre o assunto, por isso, buscamos fazer aqui um apanhado geral sobre a história dos transplantes, o desenvolvimento das pesquisas e o avanço das técnicas em torno do procedimento, procurando focar também o trabalho do Assistente Social como integrante das equipes multiprofissionais que atuam em hospitais da rede pública de saúde que realizam a captação e o transplante de órgãos e tecidos. Para tanto, valemos da leitura de artigos e livros que tratam a respeito. Dessa forma, para esclarecer melhor o leitor, trazemos um breve histórico dos transplantes para mostrar que não se trata de uma experiência nova, uma vez que desde os primórdios do mundo o homem tenta realizá-lo. Também, buscamos esclarecer sobre a legislação vigente, os tipos de transplantes mais usuais, a legislação de regula a prática e a atuação do profissional Assistente Social na área. Outro aspecto que destacamos é a questão do acolhimento das famílias por este profissional no momento difícil da perda de um ente querido, o quanto sua presença é importante para esclarecer qualquer dúvida sobre os procedimentos, bem como assegurar os direitos dos envolvidos e possibilitar uma decisão, positiva ou negativa, mas com consciência e dignidade. Nesse sentido, apresentamos, também, modelos de entrevistas usadas pelas instituições que efetuam transplantes para demonstrar o cuidado tomado para possibilitar que tanto quem doa quanto quem recebe o órgão sejam tratados de forma adequada e com respeito.

Palavras-chaves: Doação de órgãos, transplantes, Assistente Social, acolhimento.

RESUMÉN

Este trabajo tiene como tema de debate la donación de órganos y tejidos, una materia bastante polémica en nuestros días por involucrar cuestiones éticas, científicas y religiosas. A pesar de las discusiones, se percibe que todavía hay mucha desinformación sobre el tema, por eso, buscamos hacer aquí un recuento general sobre la historia de los trasplantes, el desarrollo de las investigaciones y el avance de las técnicas en torno al procedimiento, buscando enfocar también el trabajo del Asistente Social como integrante de los equipos multiprofesionales que actúan en hospitales de la red pública de salud que realizan la captación y el trasplante de órganos y tejidos. Para ello, nos valemos de la lectura de artículos y libros que tratan al respecto. De esta forma, para aclarar mejor el lector, traemos un breve histórico de los trasplantes para mostrar que no se trata de una experiencia nueva, ya que desde los primordios del mundo el hombre intenta realizarlo. También, buscamos esclarecer sobre la legislación vigente, los tipos de trasplantes más usuales, la legislación que regula la práctica y la actuación del profesional Asistente Social en el área. Otro aspecto que destacamos es la cuestión de la acogida de las familias por este profesional en el momento difícil de la pérdida de un ser querido, cuanto su presencia es importante para aclarar cualquier duda sobre los procedimientos, así como asegurar los derechos de los involucrados y posibilitar una decisión, positiva o negativa, pero con conciencia y dignidad. En este sentido, presentamos, también, modelos de entrevistas usadas por las instituciones que efectúan trasplantes para demostrar el cuidado tomado para posibilitar que tanto quienes donan cuanto quienes reciben el órgano sean tratados de forma adecuada y con respeto.

Palabras clave: Donación de órganos, trasplantes, Asistente social, acogida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UM BREVE HISTÓRICO	17
2. 1 Transplante de Órgãos no Brasil	21
2. 2 Transplantes de Órgãos mais usuais atualmente	24
2. 2. 1 Transplante de Rim	24
2. 2. 2 Transplante de Coração	25
2. 2. 3 Transplante de fígado	25
2. 2. 4 Transplante de pulmão	27
2. 2. 5 Transplante de coração/pulmão	27
2. 2. 6 Transplante de Pâncreas	28
2. 2. 7 Transplante de Intestinos	29
2. 2. 8 Transplante de Medula Óssea	29
3 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: LEGISLAÇÃO NACIONAL RELACIONAL	31
3. 1 Histórico das Legislações	31
3. 2 Os Critérios para Transplante de Órgãos	35
3. 3 As deficiências do Sistema de Saúde e a Inter-relação com o Tráfico de Órgãos	40
4 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROCESSOS DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS	46
4. 1 Serviço Social: História e Atuação na Saúde Pública	46
4. 2 O Assistente Social e sua Atuação nos Casos de Transplante de Órgãos: Vencendo fronteiras e Garantindo Direitos	55
4. 2. 1 Trabalho Social: Como Contribui para os Processos de Transplantes de Órgãos e Tecidos	56
4.2.2 O trabalho do assistente social na política nacional de humanização (PNH)	59
4. 2. 2.1 A entrevista familiar	60
4. 2. 2.2 O acolhimento familiar	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	70
Anexo I - Ficha de familiares contatados	71
Anexo II - Questionário fechado	72
Anexo III – Termo de declaração de morte encefálica	78

1 INTRODUÇÃO

No presente trabalho nos propormos analisar acerca dos transplantes de órgãos e tecidos no Brasil e a atuação do Assistente Social nesta área. Ainda, procuraremos trazer um breve histórico dos transplantes de órgãos, a legislação que regulamenta o processo e o trabalho do profissional em Serviço Social como integrante das equipes de multiprofissionais dos hospitais que realizam o procedimento.

O tema em discussão é campo de atuação bastante instigante tendo em vista a relevância do exercício profissional do Assistente Social e os desafios encontrados para atender as demandas oriundas desse processo. Entretanto, mostra-se um campo pouco explorado pelo Serviço Social levando-se em conta as grandes barreiras relativas à doação de órgãos em função falta de informação e publicidade para que todos obtenham conhecimento sobre tal assunto.

Contudo, é necessário compreender os desafios desta nova dimensão de trabalho e a busca pela conscientização da população sobre a relevância de ser um doador, e principalmente, o esclarecimento dos familiares que, na maioria das vezes, desconhecem a importância da doação de órgãos. Dessa forma, no transcorrer do trabalho abordaremos o quanto se faz necessário um profissional Assistente Social como parte integrante da equipe de saúde referente ao processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, com vistas às requisições demandadas, onde o mesmo torna-se peça fundamental deste contexto no trabalho interdisciplinar, com o objetivo de destacar os obstáculos nesse desafiador campo de atuação.

Posto isto, para atender a tais objetivos, inicialmente, faremos um breve histórico da evolução dos transplantes de órgãos e tecidos no primeiro capítulo. A seguir, no segundo capítulo, abordaremos a Legislação Nacional relacionada aos transplantes de órgãos e tecidos e, finalmente, no capítulo três, falaremos sobre o trabalho do Assistente Social e a importância de sua presença nas equipes interdisciplinares nas práticas vinculadas a doação e transplante de órgãos e tecidos nos hospitais da rede pública de saúde que realiza os procedimentos.

A razão da escolha do tema se prende ao fato de que o Transplante de Órgãos e Tecidos necessita de conscientização das pessoas tanto no sentido de serem doadoras

e das famílias em aceitar a vontade do ente querido impossibilitado de expô-la. Sobre isso, os vários autores tomados como base de pesquisa apresentam de forma clara e objetiva o tema, oferecendo aos leitores a possibilidade de aprofundarem-se nesta temática sempre tão atual, sobre o direito à vida e à dignidade humana, através de uma discussão polêmica e inquietante: os transplantes de órgãos e tecidos.

Desde 1984, passados longos anos de estudo, os transplantes de órgãos e tecidos começaram a ter resultados positivos. Consolidaram-se com destaque para os inter vivos, realizados no caso de órgãos duplos ou quando esses podem ser regenerados. No entanto, tem-se por regra a doação de órgãos e tecidos após a ocorrência da morte encefálica do doador, o que ainda é um mito entre a maioria dos doadores em potencial, ocasionando numerosas negativas, o que conduz ao tráfico ilegal de órgãos, fato que agrava ainda mais a questão.

Com relação às religiões, a maioria incentiva à doação de órgãos e tecidos, considerando o ato uma decisão individual de seus seguidores. Entretanto, outras, como a Testemunhas de Jeová, impõem insuperáveis empecilhos à utilização dos órgãos.

Têm-se, assim, perdas humanas ou declínio nas condições de vidas que poderiam ser salvas ou ter maior dignidade. Essas são, em linhas gerais, as preocupações e os tópicos escolhidos para esta pesquisa que foi dividida em três capítulos. Procuraremos demonstrar de forma sucinta e clara que, acima de tudo, está a dignidade humana, o direito à vida e os demais direitos fundamentais inerentes ao receptor/doador de órgãos e tecidos que devem ser respeitados.

Assim, dentro dos três capítulos deste trabalho buscamos realizar um estudo sério sobre o assunto, procurando sempre traçar um paralelo entre a ciência e os direitos humanos. Tratamos de estudar e compreender os aspectos gerais dos transplantes e por que as pessoas encontram tanta dificuldade em se tornarem doadores e o que leva os familiares, muitas vezes, a não respeitarem a vontade demonstrada pelo doador.

Para tanto, empenhamo-nos em verificar a parte legal e, também, a atuação da equipe de multiprofissionais no sentido de assegurar aos envolvidos num momento tão

difícil e penoso que a doação seja uma forma de consolo para todos. Desse ato de solidariedade muitas outras vidas dependem e muitas dores podem ser apaziguadas.

Para concretizar nossos objetivos, usamos o método de procedimentos do materialismo histórico dialético uma vez que ao disponibilizar as bases de uma interpretação mais dinâmica, ampla, direcionada e concreta da realidade, entende-se que os “fatores sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas e quantitativas [...]” (GIL, 2008, p. 14).

Nessa perspectiva optou-se pela pesquisa bibliográfica (livros, Teses, Dissertações) e Documental (Leis, Decretos) quantitativa e qualitativa, visto que o objeto de pesquisa constitui-se algo novo para o Serviço Social mediante uma série de aspectos ainda mal compreendidos e pouco divulgados sobre a doação e transplante de órgãos e tecidos. Nesta conjuntura, buscamos explorar esta área a fim de realizar uma nova abordagem, especialmente sobre a inserção do Assistente Social neste espaço sócio ocupacional, para que sejam possíveis novas conclusões e respostas sobre esta temática proposta ao decorrer da pesquisa.

Isto posto, procuramos conhecer os principais avanços e desafios enfrentados pelos profissionais responsáveis pelo processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, procurando focar o Serviço Social. Buscamos, também, mostrar um pouco a Política Nacional de Saúde, SUS, Código de Ética Profissional, Lei de Regulamentação do Serviço Social, etc, sem deixar de apresentar dados numéricos sobre centrais de doação e coleta de órgãos e tecidos, o aumento desses procedimentos e a adesão aos programas de doação espontânea.

Nosso grande objetivo neste momento é compreender a contextualização histórica dos transplantes de órgãos e tecidos como, por exemplo, as leis, os procedimentos e o acolhimento da família diante dessa perspectiva. Outro aspecto que nos move ao encontro desse tema é a identificação do trabalho desenvolvido pelo Assistente Social no processo de captação de órgãos e tecidos, pois se trata da abertura de mais um campo de atuação para esse profissional.

Considerando-se que é um caminho novo, muito ainda deve ser pesquisado, sendo este o início de uma discussão que pode ser de muita valia tanto para o setor

médico como para quem doa ou recebe um órgão uma vez que a carência de doadores pode estar vinculada à falta de informações e acolhimento dos envolvidos no processo. O profissional Assistente Social por sua formação humanística possui os requisitos necessários para o exercício da tarefa de abordagem e esclarecimentos.

Esperamos com esta pesquisa proporcionarmos a abertura de mais essa porta para o desenvolvimento do trabalho do Assistente Social e, com isso, a possibilidade do aumento de transplantes. Se a ciência coloca em nossas mãos a oportunidade de sermos solidários mesmo no final da vida, que seja o Assistente Social o facilitador desse intento.

2 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UM BREVE HISTÓRICO

Os transplantes de órgãos remotam de muito tempo, trazendo em seu cerne sérios debates e questionamentos tanto éticos quanto religiosos. A história nos mostra que o primeiro deles está registrado na Bíblia, Livro de Gênesis 2:21-22, onde Adão doa uma costela para dar origem à Eva¹.

As histórias bíblicas, também, registram outras experiências nesse campo, talvez lendárias, mas que podem ilustrar o tema, tais como a que cita Assis (2000):

[...] Há trezentos anos antes de Cristo a tradição chinesa aponta a troca de órgãos entre dois irmãos feitos pelo médico Pien Chiao. Estudos arqueológicos feitos no Egito, na Grécia e na América pré-colombiana registraram o transplante de dentes. Na era medieval, os santos médicos Cosme e Damião efetuaram o transplante da perna de um etíope para um branco (ASSIS, 2000, p. 31).

Sá (2003) conta em seu livro² que, no século III da Era Cristã, Cosme e Damião³ foram os primeiros a realizar o transplante de um membro. O autor, para tanto utiliza a narrativa de Armando de Souza Tavares para elucidar a lenda dos santos Cosme e Damião:

Diz a célebre lenda dos santos Cosme e Damião, que, por pura caridade, exerciam medicina (representada em pintura de Fran Angélico e de Fernando Galegos – 1745-1550): para substituir a perna gangrenada de um doente que tinha necessidade de amputar, foram os santos ao cemitério, em busca de uma que lhes pudesse servir para aquele fim. O único cadáver utilizável naquela ocasião era o de um negro etíope, mas os santos não tinham preconceitos raciais nem problemas de histocompatibilidade. Retiraram, pois, do cadáver o segmento do membro que o enfermo carecia e a transplantação foi, por graças de Deus, um êxito completo, realçado ainda pela diferença de cor (SÁ, 2003, p. 1).

Narrações mitológicas da cultura chinesa, no clássico “Zhai Zhiyi Liao”, faz referência a um transplante de coração em Zhu Erth-tan e de rosto em sua esposa. Já a mitologia Veda, cultura hindu, cujas escrituras são de cerca de 1.200 a.C., está a lenda

¹ “O Senhor Deus disse: Não é bom que o homem esteja só; vou dar-lhe uma ajuda que lhe seja adequada. [...] Então o Senhor Deus mandou ao homem um profundo sono e, enquanto ele dormia, tomou-lhe uma costela e fechou com carne o seu lugar. E da costela que tinha tomado do homem o Senhor Deus fez uma mulher e levou-a para junto dos homens” (Gênesis, 1:21).

² Vide Bibliografia Consultada.

³ Médicos gêmeos que exerciam a medicina por caridade na Ásia Menor e foram considerados santos pela Igreja Católica e também são os patronos da medicina

segundo a qual Shiva, para agradar sua esposa Parvati, ressuscita Ganesha morto por esquartejamento. Porém, como não encontrou sua cabeça, adaptou a de um elefante:

A lenda de Ganesha é, talvez, a mais popular e a mais bem documentada acerca de xenotransplantes (de animal para homem) mítico indiano. Parvati, esposa de Shiva, criou Vighneshawara (nome de Ganesha antes do transplante) para agir como seu guarda fiel, junto à porta de seus aposentos, a fim de evitar visitas inoportunas de seu marido. Em determinado dia, enquanto Parvati tomava banho, Ganesha se posicionava junto ao seu quarto, detido em suas ocupações. Shiva veio visitar a esposa, junto com amigos. O guardião não os deixou entrar. Parvati, que possuía poderes divinos, sentiu seu orgulho ferido e deu a Ganesha sua força e armas na luta contra Shiva e seus aliados. Vishnu (o criador) reconheceu que Ganesha seria invencível e aconselhou Shiva a usar sua magia para matá-lo. Enquanto a batalha se desenrolava, Shiva rastejou maliciosamente por de trás e cortou a cabeça de Ganesha. Ao saber do ocorrido, Parvati, furiosa, decidiu destruir o universo. Shiva enviou Narada como mediador e Parvati concordou em abortar seu plano, mas somente se trouxessem Ganesha de volta à vida e lhe conferissem divindade, o que foi aceito por Shiva. O corpo do guardião foi limpo e cuidado, mas não podiam achar-lhe a cabeça. Shiva ordenou que trouxessem a cabeça do primeiro ser vivente que encontrassem. Seus assistentes encontraram um elefante dormindo com a cabeça voltada para o norte, o que, na religião hindu, representa uma ofensa, porque, de acordo com a tradição, tal circunstância faz com que o polo norte desequilibre a paz do universo. Removida a cabeça do animal, Brahma, Vishnu e Shiva conjugaram seus poderes para fixar a cabeça do elefante no tronco decapitado de Ganesha, devolvendo vida ao corpo morto (BHANDARI; TEWARI, 1966. In: SÀ, 2003, p. 61).

Ainda outro registro bastante antigo conta que dois médicos gêmeos nascidos na China em 287 d.C, chamados Itoua To e Pien Tsio transplantaram a perna de um soldado negro morto em batalha em outro homem branco que perdeu a perna no mesmo dia. Os dois médicos chineses que estudaram medicina na Grécia e na Ásia Menor prestavam assistência à população pobre, sendo por isso, perseguidos e executados por Deocleciano. Devido ao acontecido, tornaram-se mártires e santificados, foram adotados como padroeiros dos médicos cirurgiões (Pereira, 2004).

Desse modo, lendas ou não, os transplantes encontram-se presentes na história da humanidade desde os seus primórdios. Cientistas de todas as culturas sempre buscaram prolongar a vida através desse método de forma a minimizar o sofrimento de pacientes e restituir-lhes a saúde.

Assim, as pesquisas jamais cessaram e as experiências continuam até hoje a centralizar a atenção da medicina. Contudo, são encontrados registros concretos de transplantes somente entre o final do século XIX e o início de século XX.

Na Escócia, no ano de 1890, foi realizado o primeiro transplante de osso. Em 1931, na Itália, houve a tentativa de transplante de glândulas genitais - Enxerto Voronoff⁴ – sendo esse um caso extremamente polêmico uma vez que o doador cedeu em vida os órgãos mediante pagamento em dinheiro, fato que causa discussões ainda nos dias de hoje.

Assim sendo, a primeira tentativa de transplante ósseo foi realizada na Escócia, em 1890. Em 1931, na Itália, foi realizado o transplante de glândulas genitais. Mas, infelizmente, nessa época “as chances de sucesso eram mínimas, principalmente em virtude dos métodos cirúrgicos rudimentares, da falta de condições ideais de assepsia e, principalmente, da rejeição” (Sá, 2003, p. 404).

Uma vez que os transplantes envolvem tecidos, não podemos deixar de mencionar que as transfusões de sangue que podem ser consideradas como transplantes. As primeiras tentativas desse tipo de transplante não obtiveram sucesso em função da falta de conhecimento a respeito dos diferentes tipos sanguíneos e suas compatibilidades ou incompatibilidades.

Por ocasião da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), as transfusões de sangue tornaram-se muito necessárias, fato que conduziram às pesquisas nessa área e ao surgimento dos bancos de sangue para armazená-lo. Esse evento salva atualmente inúmeras vidas no mundo inteiro.

O transplante de órgãos tidos como não vitais aumentou bastante no século XX. Contudo, os enxertos de pele somente evoluíram e foram amplamente realizados no final do mesmo século em casos de queimaduras.

Já os transplantes de córneas começaram em 1905 e sua prática de forma rotineira começou a acontecer em 1944 por ocasião da fundação do primeiro banco de olhos no Hospital de Manhattan, nos Estados Unidos. A partir daí, essa técnica foi incorporada pelo sistema de saúde pública de vários países no mundo e no final do século XX possibilitou a restauração de mais de 95% dos receptores de córneas.

⁴ O médico russo Serge Voronoff, na década de 20, desenvolveu técnicas bastante polêmicas de que os indivíduos poderiam recuperar ou garantir a vitalidade, a plena atividade física e mental a partir do xenotransplante ou, mais especificamente, por meio do enxerto de glândulas sexuais de primatas não-humanos.

Somente nos Estados Unidos, foram realizados mais de 28 mil transplantes de córnea no ano de 1986 (Lamb, 2000).

Em se tratando de Brasil, o transplante de córneas vem crescendo de modo expressivo. A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), apenas no segundo semestre de 2001, registra 2.351 transplantes de córneas e 3.752 no segundo semestre de 2003.

No entanto, os transplantes de órgãos começaram de forma efetiva em 1950 com o transplante de órgãos não regeneráveis. Para tanto, os estudos e pesquisas na área da sutura dos vasos sanguíneos realizados por Charles Guthrie (Inglês) e pelo cirurgião Aléxis Carrel (Francês) foram decisivos e os experimentos do médico austríaco Emmerich Ullmann contribuíram bastante para o progresso dos transplantes. De início, Ullmann removeu o rim de um cachorro e o manteve funcionando por vários dias em outro. Porém, o cão transplantado rejeitou o órgão, o que trouxe à tona a necessidade da semelhança genética entre doador e receptor para o sucesso do transplante (Lamb, 2000).

Os anos se passaram e as pesquisas e experimentos sobre transplantes se intensificaram. Em 1960, o trabalho realizado pelo médico brasileiro Peter Medawar⁵ sobre a imunologia dos transplantes recebeu o Prêmio Nobel de Medicina por identificar a importância da imunidade celular no processo de rejeição de enxertos. Esse estudo possibilitou o desenvolvimento dos protocolos de imunossupressão⁶ (Salmela et al, 1995).

As pesquisas sobre o tema se voltaram, então, para a descoberta de como superar a rejeição através de novos imunossupressores. Assim, os esforços nas décadas de 1960 e 1970 levaram à descoberta de drogas que apresentavam ação imunossupressora, mas com efeitos colaterais como a nefrotoxicidade⁷, hiperglicemia⁸,

⁵ Peter Brian Medawar nasceu em 28 de fevereiro de 1915 na cidade de Petrópolis, região serrana do estado do Rio de Janeiro. <http://hospitaldocoracao.com.br>

⁶ É o ato de reduzir a atividade ou eficiência do sistema imunológico. (<http://www.dicionarioinformal.com.br>).

⁷ A nefrotoxicidade é ocasionada por determinadas substâncias que podem gerar danos nos rins ao nível glomerular, tubular, intersticial e vascular. O rim tem características que o tornam vulneráveis a essas substâncias. (<https://www.abcdasaude.com.br>)

⁸ Aumento o nível de glicose no sangue (<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br>)

hipertensão arterial⁹, neurotoxicidade¹⁰, neoplasias¹¹, infecções, hiperlipidemia¹² e hiperpotassemia¹³.

Em 1983, foi descoberta uma nova droga mais seletiva e que surtia menores efeitos colaterais: a ciclosporina¹⁴. Esse fármaco foi o marco definitivo para a consolidação da terapia dos transplantes em todo o mundo (Lamb, 2000).

Os progressos quanto aos remédios para diminuir a rejeição dos transplantes proporcionou um progresso significativo na década de 1980. Nesse período, surgiu, além da ciclosporina, o tacrolimus¹⁵ e a padronização nas retiradas múltiplas de doadores *post mortem* – depois da morte – e o desenvolvimento da solução de Belzer que facilitava a conservação dos órgãos extraídos. Diante disso, houve um aumento da sobrevida de até 80% dos transplantados (Pereira, 2004).

Mesmo com todo esse avanço científico, o transplante de órgãos não representava a cura. Porém, trazia esperança e o aumento da sobrevida de pacientes acometidos por doenças ainda consideradas incuráveis. Se isso não era a solução definitiva, tratava-se, naquele momento, a única solução terapêutica.

2. 1 O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO BRASIL

O Brasil é um país que se destaca na área dos transplantes pelo número crescente de procedimentos realizados nos últimos anos e pelos investimentos públicos realizados quanto à especialização de equipes para esse fim. De acordo com o Portal da Saúde¹⁶, quase a totalidade dos transplantes de órgãos são feitos no SUS que

⁹ Doença caracterizada pela alta pressão que o sangue exerce para se movimentar nas artérias (<https://coracaoalerta.com.br>)

¹⁰ Dano ao cérebro ou ao sistema nervoso periférico causado pela exposição às substâncias tóxicas naturais ou sintéticas (<https://www.news-medical.net>).

¹¹ Neoplasia é uma proliferação anormal, autônoma e descontrolada de um determinado tecido do corpo, mais conhecida como tumor (<https://medicoresponde.com.br>).

¹² É um distúrbio nos níveis de lipídios e/ou lipoproteínas no sangue. (<https://www.conhecimentogeral.inf.br>).

¹³ Diminuição de potássio no sangue (<http://brasilecola.uol.com.br>).

¹⁴ Medicamento antidepressivo, principalmente utilizado para evitar a rejeição após um transplante (<https://pt.mimi.hu/medicina/ciclosporina.html>)

¹⁵ Fármaco imunossupressor utilizado, especialmente, na prevenção da rejeição de transplantes (<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos>).

¹⁶ <http://portalarquivos.saude.gov.br> (acesso em jun/2017).

oferece assistência integral ao paciente transplantado: exames preparatórios para a cirurgia; procedimento cirúrgico; acompanhamento do paciente e medicamentos pós-transplantes.

A mesma fonte nos mostra que, dentro do país, existe uma bem montada estrutura para atender as necessidades quantos aos transplantes atualmente. Há uma rede integrada em 27 estados e no Distrito Federal que conta com 27 Centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos; 14 câmaras técnicas nacionais; 506 Centros de Transplantes; 825 serviços habilitados; 1.265 equipes de transplantes; 574 Comissões Intra-hospitalares de Doações e Transplantes e 62 Organizações de Procura por Órgãos (OPOs).

Fig. 1 - As cinco regiões do País contam com 506 Centros de Transplantes



Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br>

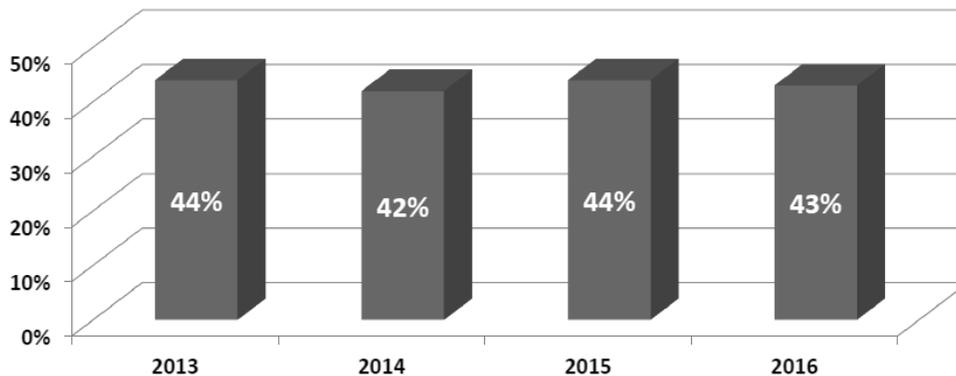
Além disso, as cinco regiões brasileiras contam com centrais de transplantes e o Decreto presidencial nº 8.783, de junho de 2016, determinou que a FAB – Força Aérea Brasileira - mantenha uma aeronave disponível em solo para transporte de órgãos. As

companhias aéreas brasileiras, também, complementam o transporte de órgãos através de acordo voluntário e solidário.

De acordo com o Portal da Saúde, em 2016, foram transportados 1.023 órgãos pelas companhias aéreas e, em dezembro de 2013, foi assinada cooperação com as cinco maiores empresas aéreas para efetuar o transporte de órgãos e equipes médicas com prioridade de voo e decolagem das aeronaves. Fazem parte desta parceria a Secretaria de Aviação Civil, a Associação Brasileira das Empresas Aéreas (Abear), Força Aérea Brasileira, Agência Nacional de Aviação Civil e Infraero.

Não existem grandes obstáculos à doação de órgãos no Brasil, visto que todo o processo está regulamentado. A melhor forma de um indivíduo se tornar doador após a morte é avisar os familiares, manifestando, em vida, este desejo. Quando isto ocorre, a família sempre concorda com a doação para satisfazer o "último desejo" deste indivíduo.

Fig 2 – Desafio do Brasil: diminuir a recusa dos familiares em doar os órgãos



Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br>

Embora 60% da população concorde com a doação de órgãos, os profissionais de saúde de terapia intensiva e setores de emergência notificam apenas um em cada oito potenciais doadores. Desta forma, a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos realiza uma campanha em que todos os profissionais de saúde receberam, através do Jornal do Conselho Federal de Medicina, a orientação logística e legal sobre

o processo de doação. Com esta medida e contando com a participação destes profissionais o número de transplantes deve ser acelerado e o Brasil poderá se manter como centro de destaque mundial na área de transplantes de órgãos¹⁷.

2. 2 OS TRANPLANTES MAIS USUAIS ATUALMENTE

Atualmente, não existem grandes obstáculos em relação à doação de órgãos no Brasil. O processo é devidamente regulamentado e para se tornar doador post mortem basta avisar os familiares. Para efetivar esse pacto cabe aos profissionais de saúde de terapia intensiva consultar a família quanto a possíveis doadores e o auxílio da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos.

Progresso científico nas mais diversas áreas – farmacologia, medicina, tecnológica – possibilitou um avanço fantástico dos transplantes e com isso é possível a obtenção de mais qualidade de vida para um grande número de indivíduos acometidos por doenças graves. Atualmente, os doadores podem tanto doar em vida, em alguns casos, e *post mortem* com a devida anuência da família.

2. 2. 1 Transplante de Rim

O transplante de rins foi o primeiro dos procedimentos amplamente realizado para tratar a falência terminal de órgãos. A técnica desse tipo de transplante foi desenvolvida no início do século XX pelo médico francês Alexis Carrel (Salmela et al, 1995).

O primeiro procedimento foi realizado por David Hume, médico americano especialista em doenças renais, em Boston (EUA), em 1951. Para o transplante foi usado um doador post mortem. A partir daí, Hume e sua equipe fizeram mais dez transplantes de rins desse tipo, mas os pacientes faleceram após a cirurgia. Em 1954,

¹⁷ Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br>

ele procedeu o primeiro transplante com doador vivo entre gêmeos monozigóticos¹⁸ obtendo, finalmente, sucesso. O paciente teve sobrevida de 8 anos (Lamb, 2000).

O primeiro transplante post mortem de sucesso ocorreu em 1962 (Lamb, 2000). Contudo, somente na década de 1980 houve real avanço nos transplantes com a descoberta da ciclosporina como imunossupressor. Esse fato reduziu de forma significativa à rejeição do órgão. Porém, a maior dificuldade ainda se mantinha, ou seja, a escassez de doadores e a rejeição crônica (Salmela et al, 1995).

2. 2. 2 Transplante de Coração

Este tipo de transplante gerou muita polêmica em função de questões éticas e filosóficas quando, em dezembro de 1967, o cirurgião cardíaco sul africano Christiaan Barnard realizou o primeiro transplante de coração em Louis Washkansky, na cidade Cape Town (África do Sul e é tido como o primeiro transplante de coração em humanos. O paciente, de 54 anos, portador de grave doença nas artérias coronárias e com histórico de múltiplos infartos, recebeu o coração de uma mulher com morte cerebral e viveu por 18 dias, vindo a falecer por causa de uma pneumonia (Harjula et al, 1995).

Nos anos que se seguiram, outros transplantes cardíacos foram realizados, mas problemas na seleção dos doadores, na preservação dos órgãos, a imunossupressão, a rejeição e infecções frustraram os cirurgiões e desestimularam os transplantes. Somente na década de 1980 com a descoberta da ciclosporina os transplantes cardíacos foram retomados e o número de pacientes transplantados não parou de crescer, pois o maior problema – a rejeição - desse tipo de transplante havia sido controlado proporcionando aumento da sobrevida desses indivíduos (Harjula et al, 1995).

2. 2. 3 Transplante de Fígado

¹⁸ Gêmeos resultantes da fecundação de um só óvulo. São idênticos e do mesmo sexo. (<http://biologianet.uol.com.br>)

Para os pacientes acometidos de muitas doenças hepáticas, o transplante representa a única forma de tratamento eficaz. A primeira tentativa desse procedimento ocorreu em 1955 em experiências realizadas com cachorros (Hockerstedt, 1995).

Em humanos, o primeiro transplante de fígado aconteceu em 1963, na Universidade do Colorado em Denver (EUA), pelo médico Thomas Starz. O procedimento foi realizado em um paciente de três anos de idade com atresia de vias biliares¹⁹ e não obteve sucesso em função de sangramento (Starzl, 1969).

Até 1967, foram feitos transplantes de fígado sem, contudo, que os pacientes sobrevivesse. As principais causas do fracasso dos procedimentos foram: a dificuldade de controlar a hemorragia durante a cirurgia, as complicações técnicas e infecções no pós-operatório (Starzl, 1969).

No entanto, neste mesmo período, foram definidas as condições necessárias à realização dos primeiros transplantes clínicos de fígado devido (Starzl, 1969):

- A padronização da técnica do transplante hepático em animais de
- Experimentação, com razoável índice de sucesso técnico e de sobrevida operatória.
- Aos melhores resultados com os esquemas de imunossupressão que começavam a serem utilizados no transplante clínico de rim, como a irradiação
- Corpórea total, os corticosteróides e, principalmente as novas drogas como a mecaptopurina.
- Estímulo à realização do transplante, pela falta de qualquer alternativa de tratamento aos pacientes com doenças graves do fígado, principalmente as fases terminais da cirrose.

Mesmo com inúmeros obstáculos, médicos e cientistas persistiram nas pesquisas e experimentos. Diante disso, em 1967, Starzl conseguiu a primeira sobrevida de longo prazo. Uma menina hispânica de um ano e sete meses, acometida por câncer de fígado foi transplantada e viveu pouco mais de um ano. Esse caso demonstrou que era possível o transplante de fígado em humanos (Gresta, 2000).

¹⁹ Resultado final de um processo inflamatório destrutivo que afeta os ductos biliares intra e extra-hepáticos levando a fibrose e obliteração do trato biliar em qualquer ponto do porta-hepatis até o duodeno (<http://www.hepcentro.com.br>).

Em 1969, no entanto, o médico inglês Roy Calne realizou o primeiro transplante que realmente pode ser considerado de longo prazo. Em 11 de fevereiro daquele ano, uma criança portadora de hepatoma²⁰ recebeu transplante de fígado no hospital New Market, Inglaterra, e sobreviveu até 1976 (Chaib, 2000).

No Brasil, o primeiro transplante de fígado aconteceu em 1968 no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A cirurgia foi feita pelo médico Marcel Machado e equipe e o paciente sobreviveu apenas uma semana (Machado, 1970).

2. 2. 4 Transplante Pulmão

A primeira experiência de transplante de pulmão foi em 1950 com um cachorro e em humano a primeira tentativa foi em 1963, quando o médico americano James Hardy, mas sem sucesso. Vinte anos depois, em 1983, o médico canadense Joe Cooper realizou o primeiro transplante de pulmão bem sucedido (Chaib, 2000).

Esse procedimento chegou ao número de 2000 transplantes de um único pulmão e 1500 de ambos até o momento no mundo.

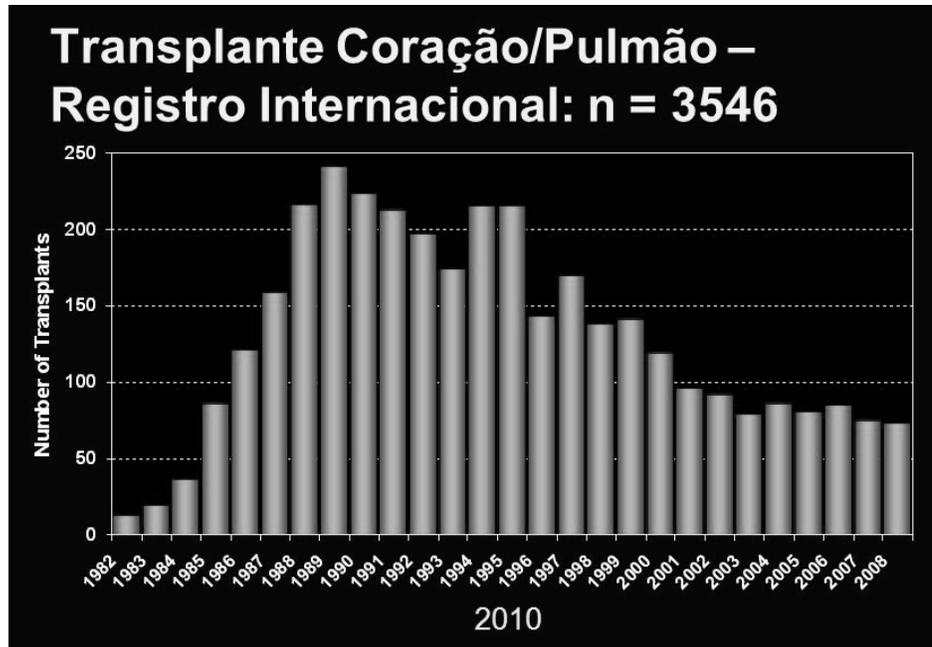
2. 2. 5 Transplante Coração/Pulmão

O transplante coração/pulmão, na década de 1980, constituiu-se no único tratamento com êxito para casos de doenças terminais desses dois órgãos (Reitz, 1995). No início de século XX, foram realizadas experiências com cães desse transplante duplo sem sucesso e somente na década de 1980 com a descoberta da ciclosporina esse tipo de transplante foi realizado com sucesso.

Em 1994, o transplante coração/pulmão aumentou significativamente. Porém a escassez de doadores de órgãos causou a diminuição do procedimento (Reitz, 1995).

²⁰ Tipo de câncer de fígado que possui origem no próprio fígado (www.saudemedicina.com).

Fig. 3 – Transplante Duplo Coração/Pulmão



Fonte: <http://slideplayer.com.br>

2. 2. 6 Transplante Pâncreas

O primeiro transplante de pâncreas foi realizado em 1966, nos Estados Unidos, como terapia para a cura do diabetes tipo 1. Contudo poucos transplantes aconteceram nas próximas décadas.

Porém, as técnicas, nessa área, evoluíram bastante e desde a década de 1980 os procedimentos passaram a ser mais frequentes. Sua prática é indicada para os pacientes diabéticos do tipo 1 e portadores de nefrologia diabética, sendo que, nesses casos, é, também realizado o transplante de rim simultaneamente

O primeiro transplante humano de pâncreas foi realizado pela equipe chefiada por Kelley, Lillehei em Mineápolis (1966). O receptor era um paciente diabético tipo 1 e também portador de uma nefropatia diabética terminal.

Alguns poucos transplantes de pâncreas foram realizados durante as décadas seguintes, no que também acompanharam as várias evoluções técnicas. Desde o início

da década de 1980 tem aumentado persistentemente o número desse procedimento, e um total de mais de 6.000 transplantes de pâncreas, foram registrados no *International Pancreas Transplant Registry* (IPTR). A maior indicação do transplante de pâncreas se faz para o paciente diabético tipo 1 e os pacientes portadores de nefropatia diabética terminal. Nesses pacientes o pâncreas é transplantado simultaneamente com o rim (Brekke, 1995).

2. 2. 7 Transplante Intestino

Os experimentos com cães, em 1950, foram decisivos para os resultados do transplante de intestino delgado. No entanto, poucos procedimentos desse tipo foram realizados na década de 1960 em casos considerados sem solução através de outros tratamentos.

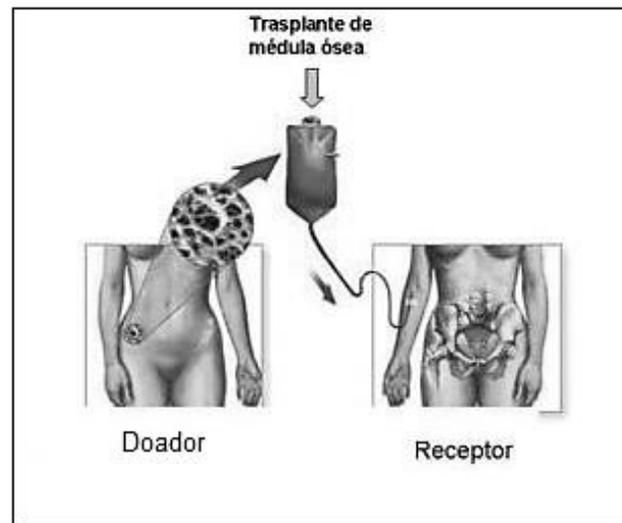
Com o advento da ciclosporina e do FK506²¹, atualmente, muitos hospitais estão fazendo esse transplante (Wood, 1995). Contudo, ainda há muito a ser aprimorado em função dos problemas da rejeição.

2. 2. 8 Transplante Medula Óssea

O transplante de medula óssea começou a ser pesquisado na década de 1950 e se tornou uma modalidade de tratamento clínico somente na década de 1960. O aumento de problemas medulares elevou lentamente o número desse tipo de transplante na década de 1970, mas no início dos anos 1980 o aumento foi rápido e até meados de 1994 cerca de 50.000 transplantes de medula foram realizados (Ruutu, 1995).

²¹ Potente e seletivo agente antilinfócito T descoberto em 1984 (<http://portal.sergiofranco.com.br>).

Fig. 4 – Transplante de Medula Óssea



Fonte: <https://br.pinterest.com>

Essa modalidade de transplante vem sendo bastante usada para o tratamento de algumas doenças geneticamente determinadas como a doença de Hodgkin²² e diferentes erros congênitos do metabolismo. No entanto, o transplante de medula óssea enfrenta o problema de encontrar doador compatível e para tanto foram criados os bancos mundiais de doadores, fato que tem contribuído muito para o aumento de material para o transplante e a redução dos custos (Lamb, 2000).

²² Doença ou Linfoma de Hodgkin é uma forma de câncer que se origina nos linfonodos (gânglios) do sistema linfático, um conjunto composto por órgãos e tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem estas células através do corpo (<http://www2.inca.gov.br>).

3 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: A LEGISLAÇÃO NACIONAL RELACIONAL

Nesse capítulo trataremos sobre a legislação a qual está submetida a doação e a captação de órgãos destinados ao transplante no Brasil, bem como os critérios para os transplantes e as dificuldades enfrentadas no sistema de saúde.

O transplante de órgãos é um tema que, com o passar dos anos, vem se tornando cada vez mais importante na vida da população mundial. Em termos de Brasil, existe uma enorme carência de doadores de órgãos, sendo esse o principal obstáculo para os transplantes na atualidade.

Além disso, a falta de informação sobre as questões legais e científicas reforçadas pelo preconceito tornam o processo lento e doloroso tanto para quem poderia doar quanto para quem está a espera de um órgão. Esse aspecto acaba limitando cada vez mais as doações e faz crescer a fila de espera e a angústia de quem espera.

3.1 HISTÓRICO DAS LEGISLAÇÕES

No Brasil, o primeiro ordenamento jurídico em que se mencionou a matéria de transplantes foi a Lei nº 4.280, de Novembro de 1963 que se referia “[...] a extirpação de órgãos ou tecidos da pessoa falecida”. Integrada por apenas nove artigos esta lei, permitia a coleta de órgãos para fins de transplantes desde que o falecido tivesse deixado autorização por escrito ou ainda que não houvesse nenhuma oposição por parte do cônjuge ou, na falta deste, da família a qual poderia ser de parentes em até segundo grau ou de corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos (BRASIL, 1963).

A referida lei foi revogada pela Lei nº 5.479, de 10 agosto de 1968, a qual passou a expandir as possibilidades legais do transplante, permitindo ainda, a retirada de órgãos e tecidos de cadáver que não tivesse qualquer pessoa como responsável e ainda podendo ser retirado órgão de pessoa viva. Entretanto, considerou de que não houvesse qualquer prejuízo, risco de vida ou mutilação para o doador (BRASIL, 1968).

A Constituição Federal de 1988 faz menção, em seu artigo 199, mais especificamente em seu § 4º, que diz:

Art. 199: A assistência à saúde é livre à iniciativa privada:
(...)

§4º. A lei disporá sobre as condições e 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).

Apenas em 1992, mais especificadamente em 2 de setembro, a Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados aprovou um projeto que teria como intenção de aumentar o número de transplantes. Este projeto adotava a presunção de que a pessoa em vida pudesse se manifestar para tornar-se doadora, dispensando a consulta à família para obter a retirada de órgãos e tecidos depois de sua morte.

Ainda referido projeto, previa ser necessário de uma autorização judicial para evitar o comércio de órgãos e tecidos, para aqueles que em vida não tinham vínculo nenhum com o receptor (Catão, 2004, p. 240). O autor fazendo menção ao histórico das legislações brasileiras afirma que com o advento da Lei nº 8.489/92 o transplante de órgãos e tecidos deu um passo muito importante para seu avanço.

Catão, ainda salienta de que foram realizados inúmeros estudos e pesquisas para que o legislador alterasse a Lei nº 8.489/92 e para que pudesse ser elevado cada vez mais o número de doadores de órgãos e tecidos com o fim dos transplantes. Assim menciona:

Desse modo, a adoção do modelo de oposição, em matéria de transplantes de órgãos e tecidos post mortem, começava a ganhar espaço no Brasil, a exemplo de países como Portugal e França. Tanto assim, em meados de 1996, começou a ser votado um projeto de lei que, alterando a Lei nº 8.489/92, propunha o modelo de dissentimento ou oposição, em que todos os cidadãos que, em vida, não tivessem se manifestado contrariamente à retirada de seus órgãos e tecidos seriam doadores presumidos, numa tentativa de minimizar os problemas por falta de doadores *post mortem* (CATÃO, 2004, p. 242).

Posteriormente, a lei 9.434/97²³ foi aprovada em 16 de janeiro 1997 pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República em 04 de fevereiro de 1997, sendo, então, regulamentada pelo decreto nº. 2.268/97 de 30 de junho de 1997.

²³ <http://www.camara.gov.br>

A partir daí, entrou em vigor no Brasil essa legislação que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências”. Esta lei está integrada por vinte e cinco artigos, distribuídos em seis capítulos. Catão faz alusão às seguintes medidas adotadas pela nova lei:

O modelo de oposição para os transplantes post morte, salvo manifestação em sentido contrário contida em documento pessoal do morto; proibiu a retirada de órgãos de pessoas não identificadas; afastou a imprescindibilidade do parentesco entre doador e receptor, nos casos de transplantes entre pessoas vivas; regulou o autotransplante; estabeleceu a exigência de que todas as doações de órgãos e tecidos só podem ser feitas de forma gratuita; manteve a permissão para o aproveitamento de órgãos mesmo em hipóteses de cadáveres sujeitos a necropsia médico-legal obrigatória; exigiu o consentimento expresso do receptor para a realização da cirurgia de transplante de órgãos e tecidos; foi radical na penalização de prática cirúrgica em desarmonia com o texto legal; e criou sanções de ordem administrativa, alcançando os hospitais e as equipes de transplantes (CATÃO, 2004, p. 243 e 244).

Isto significa que, quando o falecido não era identificado, este não podia doar seus órgãos a quem não tivesse vínculo nenhum de parentesco. Além do mais, foi regulado que todas as doações deveriam ser de forma gratuita, criando, assim, sanções para quem cometesse alguma infração em desfavor da lei.

Desse modo, ficou, também, estabelecido outro ponto importante para o sistema de doação e captação de órgãos e tecidos. O Decreto Lei nº 2.268 criado em junho de 1997 possibilitou ao Ministério da Saúde criar o Sistema Nacional de Transplante (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).

Percebe-se que, basicamente, a política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos está fundamentada na Legislação (Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2011), tendo como diretrizes a gratuidade da doação, o benefício em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos (DINIZ, 2014, p. 402 e 403). Tal fato gerou muita polêmica perante a sociedade brasileira, uma vez que, com o novo ordenamento jurídico que ficou conhecido como Lei de Doação Presumida. Éilda Séguin, de acordo com Catão (2001) conceitua esta denominação como:

Este princípio determina que, salvo expressa manifestação de vontade, todos são doadores, invertendo a presunção anterior, o que vinha de encontro com a tradição do direito brasileiro, onde quem cala não diz nada. Para muitos tal

procedimento constituía-se num desrespeito aos familiares do falecido da vez que a doação deve ser um ato de generosidade, de solidariedade, de humanidade não uma imposição legal. De sorte que se deve sempre consultar antes a família, até porque se trata de uma questão ética e moral. Essa manifestação negativa deve constar da Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação, podendo ser reformulada a qualquer tempo, prevalecendo sempre a mais recente (CATÃO, 2001, p. 109).

Outros países já haviam adotado o consentimento presumido como, por exemplo, a Áustria, Dinamarca, Polónia, Suíça e França. Nestes a doação presumida baseava-se em forte ou ampla e permitia que o médico retirasse os órgãos de todo e qualquer cadáver. Já no Brasil, Finlândia, Grécia, Itália e Noruega, Espanha e Suécia, baseava-se em fraca, a qual a permissão abrange apenas aqueles que não declaravam a oposição do procedimento (Séguin, 2001, p. 112).

Nessa mesma linha de pensamento, Catão salienta que, com a doação presumida, surgiram vários problemas em relação à retirada de órgãos e tecidos do falecido sem autorização dos familiares. Esta postura coloca o médico em um grande impasse porque realizar a remoção de órgãos sem qualquer autorização dos familiares do falecido fere a conduta ética de qualquer profissional (Catão, 2004, p. 245-246).

Assim sendo, diante de tal impasse, o Procurador-Geral da República se viu na obrigação de vir a público e expor que a lei apenas autoriza, mas em momento algum dispõe a retirada de órgão, salientando, ainda, que qualquer médico deve seguir o seu Código de Ética que lhes assegura o direito a recusa de realizar atos que, apesar de serem consentidos por lei, sejam avessos à sua ética e moral.

Em seis de outubro de 1988, o então presidente da República, José Sarney editou a Medida Provisória nº 1718, com o intuito de garantir para a família o direito de se posicionar contra ou não à doação de órgãos quando o falecido não tivesse se manifestado acerca do assunto em vida. Assim, fora adicionado um novo parágrafo ao artigo 4º da Lei nº 9.434/97.

No entanto, a Lei nº 9.434/97, mais uma vez, foi modificada, agora pela Medida Provisória nº 1.959-27, de 24 de outubro de 2000. Desse modo, com base no direito fundamental de cada cidadão em relação ao seu próprio corpo, introduziu-se o modelo de consentimento informado para a doação de órgãos e tecidos humanos *post mortem*. De tal modo a família poderia reconhecer qual era a vontade do mesmo, podendo permitir ou não a doação para transplante (Catão, 2001, p. 246).

O primeiro transplante feito no Brasil foi o renal, realizado em 1964, o qual teve foi um marco histórico dos transplantes na década de 60. No entanto, ocorreu uma longa parada nesses procedimentos e somente voltaram a ocorrer transplantes em meados de 1980. Apenas em 1996 aconteceu um gradativo aumento no número de transplantes de outros órgãos e tecidos, além dos de rins. Com a vigência da Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, sendo revogada logo após pela Lei nº 8489 de 18 de novembro de 1992, houve a permissão para a retirada e transplantes de órgãos e tecidos oriundos de cadáver com finalidade terapêutica e científica. Porém, nessa época, ainda não existia uma legislação pela qual fosse regulamentada a realização dos transplantes. Existiam, sim, regulamentos regionais desenvolvidos informalmente com inscrições de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios para onde eram destinados os órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

No entanto, havia uma emergência na regularização dos transplantes no Brasil para criar uma coordenação nacional para sistema de transplante definindo critérios básicos para que o processo de transplantes ocorresse de forma correta. Contudo, existiam muitas dificuldades em torno da temática desde o seu início por envolver aspectos legais que apoiavam a doação e a atividade médica que, também, envolviam aspectos éticos e morais.

Diante da urgência e dos benefícios dos transplantes de órgãos e tecidos, existe a necessidade de fazer da doação um assunto de conhecimento público para que a população conheça como o mesmo se desenvolve. Além disso, muitos atuais desproporção entre número de pacientes e outros obstáculos precisam ser vencidos nessa área e a ocasião é oportuna para novas discussões e esclarecimentos, como veremos a seguir.

3. 2 OS CRITÉRIOS PARA O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Com o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, criou-se o Sistema Nacional de Transplante (SNT) que teria como pertinência o desenvolvimento e o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano. Em seu artigo 2º, dá a referida lei:

Art. 2º Fica organizado o Sistema Nacional de Transplante - SNT, que desenvolverá o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas.

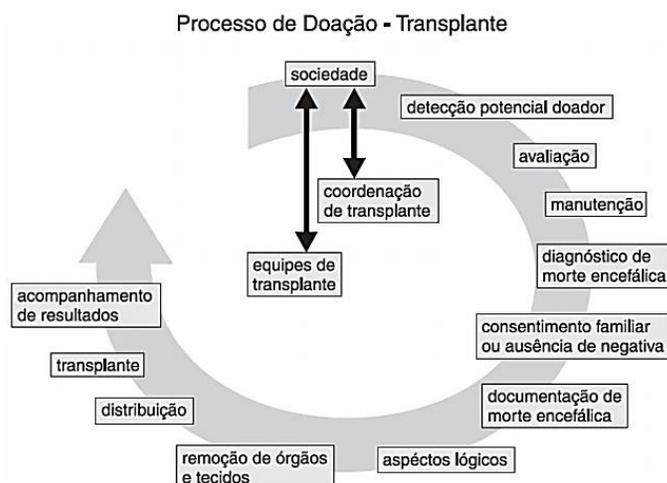
Parágrafo único. “O SNT tem como âmbito de intervenção as atividades de conhecimento de morte encefálica verificada em qualquer ponto do território nacional e a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retirados (BRASIL, 1997).

Ainda com este decreto de lei, tornou-se possível para o Ministério da Saúde, através de unidade própria, concentrar as funções de órgão central do Sistema Nacional de Transplante (SNT) para, assim, coordenar e gerenciar a lista única nacional de receptores. Desse modo, tem o encargo de expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos (Séguin, 2001, p.115).

Para o processo de transplantes existem oito passos para se chegar à remoção do órgão e tecido a ser transplantado, segundo o Portal do Ministério da Saúde:

1. Identificação do potencial doador;
2. Notificação;
3. Avaliação;
4. Informação do doador efetivo;
5. A seleção receptora;
6. A resposta do laboratório de Imunogenética;
7. Equipes de transplantes e
8. Transplante.

Fig. 5 – Fluxograma de Transplante



Fonte: Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

A Identificação do potencial doador é processo que se inicia com a Identificação de um paciente com Morte Encefálica, o que deve respeitar todas as orientações da resolução nº 1.480/97 do CFM, para todos os pacientes com suspeita de morte encefálica, independentemente da possibilidade de doação de órgãos e tecidos. Após a identificação, o hospital notifica a CT (Central de Transplantes) sobre um paciente com morte encefálica (possível doador).

Por sua vez, a notificação acontece em razão de que a captação ocorre de maneira dita regionalizada. Assim, a CT (Central de Transplantes) repassa a notificação para uma OPO (Organização de Procura de Órgão) que cobre a região do hospital notificador.

Durante todo o processo acontece a manutenção do potencial doador buscando a estabilidade hemodinâmica e garantindo com isso a viabilidade e qualidade dos órgãos passíveis de doação. Desta forma, uma vez ocorrida a notificação, a OPO (Organização de Procura de Órgão) dirige-se ao hospital e inicia-se a etapa de avaliação do doador: história clínica; sorologias para afastar moléstias infecciosas; viabilidade dos órgãos; teste de compatibilidade com possíveis receptores. Nesta etapa a família é abordada sobre a doação, podendo autorizar ou não a remoção do paciente pela OPO (Organização de Procura de Órgãos) para outro hospital com melhor estrutura para manutenção hemodinâmica do paciente.

Posteriormente, a OPO (Organização de Procura de Órgãos) informa à CT (Central de Transplantes) se o doador é viável e acontece a seleção de receptores. Estes estão cadastrados na Lista Única de Receptores do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde. No momento em que uma OPO (Organização de Procura de Órgãos) informa quanto à efetividade de um doador, a CT (Central de Transplante) emite uma lista de receptores desta lista que são compatíveis com o doador. No caso dos rins, deve-se realizar uma nova seleção por compatibilidade imunológica.

A partir da resposta do laboratório de imunogenética, após a realização do teste de compatibilidade imunológica, os laboratórios enviam a lista com os receptores

compatíveis para a Central de Transplante. Dessa forma, uma vez com a lista definitiva, a CT informa a equipe de transplante sobre o doador. Cabe à equipe transplantadora a decisão da utilização do órgão doado.

Em caso de aprovação pela equipe de transplante, é realizada a captação e efetivado o transplante. Terminada a captação, que ocorre no hospital em que o doador está internado, as equipes dirigem-se para seus hospitais de origem para realizarem a transplantação. O corpo do doador é entregue à família condignamente recomposto, sendo fornecida toda orientação necessária para a família.

Existem inúmeras causas as quais não efetivam os potenciais de alguns doadores. Essas causas seriam: a) falta de identificação; b) recusa familiar; c) parada cardíaca; d) contra indicação médica; e) problemas logísticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

De acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), a avaliação do potencial doador deve considerar a inexistência de contraindicações clínicas e laboratoriais à doação. Assim, de forma geral, não devem ser considerados doadores:

1. Pacientes portadores de insuficiência orgânica que comprometa o funcionamento dos órgãos e tecidos que possam ser doados, como insuficiência renal, hepática, cardíaca, pulmonar, pancreática e medular;
2. Portadores de enfermidades infectocontagiosas transmissíveis por meio do transplante, como soropositivos para HIV, doença de Chagas, hepatites B e C, e todas as demais contraindicações utilizadas para a doação de sangue e hemoderivados. As sorologias para estas doenças devem ser realizadas o mais breve possível. Quando não disponíveis, as equipes de captação providenciam sua realização;
3. Pacientes em sepse ou em Insuficiência de Múltiplos Órgãos e Sistemas (IMOS);
4. Portadores de neoplasias malignas, excetuando-se tumor restrito ao sistema nervoso central, carcinoma basocelular e carcinoma de cerviz uterino *in situ*;
5. Doenças degenerativas crônicas e com caráter de transmissibilidade.

A doação dos outros órgãos e tecidos somente poderá ser feita quando constatada a morte encefálica. Porém, é essencial que, antes de se fazer a retirada de qualquer órgão, a família seja consultada e orientada sobre esse processo. Após todo procedimento a ser avaliado para que o possível doador seja efetivado, existem alguns órgãos transcritos na tabela 1, os quais podem ser utilizados como a finalidade dos transplantes, quais sejam:

Fig. 6 – Tabela 1

Órgão Tecido	Tempo máximo para retirada	Tempo máximo de preservação extracorpórea
Córneas	6 horas Pós Parada Cardíaca	7 dias
Coração	Antes da PC*	4 a 6 horas
Pulmões	Antes da PC*	4 a 6 horas
Rins	Até 30 min Pós PC*	até 48 horas
Fígado	Antes da PC*	12 a 24 horas
Pâncreas	Antes da PC*	12 a 24 horas
Ossos	6 horas Pós PC*	até 5 anos

*PC: Parada Cardíaca

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)

Além disso, a ABTO salienta das pessoas que podem se tornar doadoras de órgãos transplante em vida, bem como, também, as pessoas que possam a vir se beneficiar dos transplantes, como mostra o quadro abaixo:

Fig. 7 - Tabela 2

Principais Indicações	
CORAÇÃO	portadores de cardiomiopatia grave de diferentes etiologias (Doença de Chagas, isquêmica, reumática, idiopática, miocardites);
PULMÃO	portadores de doenças pulmonares crônicas por fibrose ou enfisema;
FÍGADO	portadores de cirrose hepática por hepatite, álcool ou outras causas;
RIM	portadores de insuficiência renal crônica por nefrite, hipertensão, diabetes e outras doenças renais;
PÂNCREAS	diabéticos que tomam insulina (diabetes tipo 1) em geral, quando estão com doença renal associada;
CÓRNEAS	portadores de ceratocone, ceratopatia bolhosa, infecção ou trauma de córnea;
MEDULA ÓSSEA	portadores de leucemia, linfoma e aplasia de medula;
OSSO	pacientes com perda óssea por certos tumores ósseos ou trauma
PELE	pacientes com grandes queimaduras.

Fonte: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos ABTO.

No entanto, ainda existe uma grande falta de fiscalização nos hospitais com relação aos pacientes de baixa renda em cidades mais pobres, onde, por exemplo, o paciente poderia estar em coma, sem qualquer possibilidade de se defender por estar enfermo. Não possuindo família e nem poder aquisitivo, a máfia do tráfico entra em ação e acaba removendo seus órgãos e, como a pessoa, muitas vezes, não possuía família, isso termina por ficar sem respostas e os hospitais dão uma justificativa da morte e, assim, comercializa os seus órgãos (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA).

Como a escassez de órgãos para a finalidade dos transplantes cresce a cada dia, o poder do tráfico também cresce dia a dia. Por isso, o comércio ilegal tem se torna uma cruel realidade com o passar do tempo em função da deficiência do sistema de saúde, pela falta de fiscalização ou, até mesmo, pelo suborno dos traficantes para com os médicos e, também, pelo simples fato de que pessoas com poder aquisitivo maior procuram através desse expediente encontrar uma solução mais rápida para seu problema.

3. 3 AS DEFICIÊNCIAS DO SISTEMA DE SAÚDE E A INTERRELAÇÃO COM O TRÁFICO DE ÓRGÃOS

Contudo, existem inúmeros fatores que contribuem para o tráfico de órgãos e tecidos. Um deles é grande falta de fiscalização por parte dos governos em relação aos hospitais. Este fator contribui, na maioria das vezes, com o comércio de órgãos, pois, muitas pessoas são internadas como indigentes, ou seja, sem qualquer identificação e a má fiscalização e até mesmo o suborno levam a comercialização de órgãos.

Há ainda o tráfico de pessoas que são usadas para a retirada ilegal de órgãos²⁴. Esse fato consiste na retirada de pessoas de uma determinada cidade ou local, sendo levadas para outro país ou estado com a finalidade de exploração. Não raras vezes, pessoas são ludibriadas devido às dificuldades financeiras e com o seu consentimento vendem um órgão de seu próprio corpo.

²⁴ Tráfico de órgãos humanos: um mercado negro em expansão. In: <https://www.brasil247.com>

Esse episódio pode parecer irreal, mas é praticado ainda nos dias de hoje apesar de todos os esclarecimentos e informações. Antigamente, consistia no transporte, venda e exploração dos prisioneiros de guerra para outro local. Com a evolução da sociedade, bem como com a consolidação dos direitos humanos, essa prática tornou-se totalmente repudiada e reprimida pela coletividade em geral (SILVA, 2013).

Esse é um comércio crescente por ser um comércio milionário e segundo Diniz:

Em todo mundo há um insaciável sede de lucro e casos de pobres como os indianos, que vendem órgãos e tecidos para ricos, com a esperança de diminuir sua miséria, tonando-se hoje o mercado de estruturas humanas (soft humana Market) uma triste realidade, em que frequentes são as denúncias sobre a comercialização de partes do corpo humano, o que denota o não cumprimento dos padrões mínimos de conduta ético-jurídica exigida pela lei aos profissionais da saúde, aos doadores e às suas famílias. Vêm surgindo estímulos à venda de órgãos em vida, para entrega pós-óbito do doador-vendedor, e fórmulas de incentivo de doação de órgãos e tecidos, como: a cash death benefit (benefício pago pela morte), pela qual um paciente terminal recebe um bom pagamento à vista e antecipado, que poderá, entre outras vantagens, cobrir as despesas com seu funeral; a cash benefit for binding consente to donation, em que a pessoa vende seus órgãos em vida, podendo gerar o problema da recusa em entregá-los pelos familiares após seu falecimento; e a bought living-unrealet donor, pela qual o receptor compra órgão de doador vivo que não seja seu parente. E não falta quem propunha, como Blumstein, contratos antecipados sobre órgãos de futuros cadáveres (commerce in the form of forward contracts for transplantable cadaveric organs), nos quais a pessoa destina em vida seus órgãos a doação (DINIZ, 2014, p. 446 e 446).

Como mencionado acima, os traficantes se aproveitam das dificuldades enfrentadas pelos indivíduos, no caso, da população indiana mais carente em que necessitam de subsídios para seu sustento próprio e familiar. Diante do triste contexto, muitos acabam vendendo os órgãos crendo que terão uma qualidade de vida melhor, o que não ocorre, pois acabam por ter a saúde mais degradada do que antes.

Esse tipo de comércio não é um assunto recente. Ao contrário, esta é uma prática de bastante tempo e cresce a exploração de pessoas hipossuficientes financeiramente e da minoria da população. O desespero move os dois lados, ou seja, o doador que tem boa saúde e se encontra desprovido de dinheiro e o receptor que tem dinheiro e que tenta de inúmeras formas recuperar sua saúde. É nessas situações que os traficantes de órgãos agem e se beneficiam das angústias de ambos (UNODC).

Segundo Séguin (2001), esse comércio de órgãos desenvolveu-se no Brasil quando a Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, admitiu a hipótese da remoção do

órgão em uma pessoa viva. A partir daí, era possível identificar alguns anúncios publicados em jornais nos quais pessoas ofertavam rins e córneas. Com o ordenamento jurídico, tornou-se viável a remoção de órgãos duplos, como rim, córnea ou pulmão, e, com isso, pessoas com menor poder aquisitivo se viram beneficiadas, comercializando seus órgãos para sua sobrevivência.

Ainda existem outros procedimentos para a obtenção de órgãos, o roubo, por exemplo. Nesse sentido, as pessoas são submetidas a remédios fortes sendo dopadas e acordando, mais tarde, em um compartimento com gelo, para que lhe causasse uma hipotermia e que assim pudessem fazer a retirada de órgãos, em especial do rim (Séguin, 2001, p. 119).

Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), esse comércio é uma realidade que assombra a América Latina, mais precisamente, na Argentina, no Brasil, Honduras, México e Peru. Esses países são alvos de compradores da Alemanha, Suíça e Itália, segundo dados da ONU (UNODC). Os traficantes se valem da situação de pobreza, da falta de instrução básica, na ausência de emprego e de vários outros meios de sobrevivência, que fazem com que essas pessoas completamente desesperadas e sem condições próprias de decidir, acabem por optar por essa prática em função do estado de necessidade e de sobrevivência.

Por se tratar de um mercado consideravelmente criativo, ele acontece em inúmeros países. Contudo, em alguns, em função de “facilidades” políticas e de baixa fiscalização e investigação, acontece com mais relevância. Castells afirma que “essa prática de crime global constitui um novo fenômeno que afeta profundamente a economia no âmbito internacional” (CASTELLS, 2008, p. 97), principalmente, se analisarmos que essa atividade já é a terceira atividade mais lucrativa da atualidade.

A matéria é disciplinada pela Lei n. 9434/97, de 4 de fevereiro de 1997, intitulada Lei de Remoção de Órgãos. Em seu artigo 15 observa-se a penalidade para compra e venda de órgãos:

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 auferir qualquer vantagem com a transação (BRASIL, 1997).

Celso Galli Coimbra (2011) relata em sua entrevista de que:

O mercado do tráfico de órgãos movimenta de 7 a 13 bilhões de dólares a cada ano no mundo, levaram a Câmara a propor uma CPI para vir a investigar o crime, segundo o propositor, há indícios de comércio ilegal em pelo menos dois Estados, Minas Gerais e São Paulo, mas as investigações não avançaram. Todavia em Recife, a Polícia Federal identificou tráfico internacional de órgãos, no caso as pessoas vendiam rins por dinheiro, como se tratava de órgãos duplos os aliados os vendiam em negociações que movimentara cerca de 4,5 milhões de dólares em um ano (COIMBRA, 2011).

Esse mesmo tema é abordado em jurisprudência, fruto do julgado pelo Tribunal Regional Federal – 5ª Região, onde esclarece por meio da seguinte ementa:

Penal e processual penal. Habeas corpus liberatório. Crimes, em tese, de aliciamento de pessoas para venda de órgãos humanos em concurso com o crime de quadrilha (artigo 15 da lei 9434/97 c/c artigo 288 do cpb). Competência da justiça federal para processar e julgar o feito - artigo 109, v da cf/88. Denúncia que narra, em tese, existência de crime. Presentes os requisitos do artigo 41 do cppb. Ausentes as circunstâncias do artigo 43 do cppb. Inépcia da denúncia. Inexistência. Prisão preventiva. Manutenção. Garantia da ordem pública. Artigos 311 e 312 do cppb. Trancamento de ação penal. Impossibilidade. Via inidônea ao exame das provas. Improcedência do writ. 1- in casu, conforme notícia a denúncia, o esquema do tráfico de órgãos tinha início no brasil e findava no exterior, exurgindo, assim, a competência da justiça federal para processar e julgar crimes em tais hipóteses, nos exatos termos do artigo 109, inciso v da cf/88. 2- o magistrado ao apreciar a denúncia, deve, nessa medida, estar atento não só para a presença das condições da ação, como também para o aspecto formal da petição inicial, cujos requisitos mínimos vêm estabelecidos pelo artigo 41 do cpp. A errônea classificação do crime na denúncia não acarretará sua rejeição se os fatos estiverem bem descritos. Como é cediço, o réu se defende dos fatos articulados na denúncia e não da classificação do crime dada pelo ministério público, até por que o juiz pode dar ao fato definição jurídica diversa (art. 383, cpp). 3- não há falar-se em trancamento de ação penal, seja pela inépcia da denúncia ou ilegalidade ou abuso de poder por parte do ato praticado pela autoridade coatora. Ademais, a gravidade dos crimes, em tese, apontados ao paciente é daquela que, inclusive, nos termos do artigo 312 do cppb, autorizam a manutenção da prisão preventiva, já decretada e mantida pela juíza a quo, não só por conveniência da instrução criminal ou para assegurar a aplicação da lei penal, principalmente em relação aos estrangeiros, como é o caso do ora paciente, como e principalmente, em razão de tratar-se de crime cuja prática afeta a garantia da ordem pública, por ofender a própria dignidade humana e o nome do país, que, não bastando o constrangimento de ter entre os seus filhos escravos sexuais levadas para os países ricos europeus, sofre agora a ignomínia de ver brasileiros miseráveis sendo levados para o exterior para vender órgãos de seu corpo. 4- ordem de habeas corpus denegada (trf-5 - hc: 1796 pe 0000017-21.2004.4.05.0000, relator: desembargador federal petrucio ferreira, data de julgamento: 10/02/2004, segunda turma, data de publicação: fonte: diário da justiça - data: 19/03/2004 - página: 757) (BRASIL, TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO, 2004).

A despeito de exposto acima, a jurisprudência sobre o tráfico de órgãos não é rica e extensa, sendo que se torna quase que inviável um estudo mais adentro do foco da problemática em si, entretanto, faz-se extremamente necessário que as autoridades, sejam elas no âmbito internacional, federal, estadual ou até mesmo municipal, analisem de forma mais crítica e preponderante as legislações vigentes em nosso ordenamento jurídico brasileiro. Para que, assim, possam reformular e/ou criar legislações mais rígidas e fazer com que, desse modo, sejam estreitadas cada vez mais as fronteiras do país, pois com o mundo globalizado e o acentuado valor ao dinheiro, cria-se um novo meio de ganhar a vida, dispondo-se de algo que causa consequências incalculáveis e irreversíveis que geram gastos incontáveis ao Estado para serem revertidas às situações adversas pelo Sistema de Saúde.

Outro aspecto que merece total relevância, de acordo com Coimbra (2011), é de que, muitas vezes, a imprensa é pressionada a não divulgar inúmeros casos de tráfico de órgãos. Entretanto, em muitas ocasiões, essas pessoas que acabam sendo pressionadas, são pressionadas justamente por aqueles sujeitos que estão ligados a este comércio ilegal e que jamais foram investigadas (Coimbra, 2011).

O transplante e o tráfico de órgãos são temas polêmicos que repercutem com grande relevância tanto no meio acadêmico, como no meio social e, também, no âmbito jurídico. Tanto é verdade que o Estado se preocupou em criar mecanismos para que o cidadão possa vir a dispor de seus órgãos com o fim único e exclusivo de evitar as situações de comercialização, porque o mais importante a ser preservado é a vida, a saúde e a integridade física. Percebe-se de fato que o transplante, além de ser a continuação da vida é um ato de solidariedade e esperança, um procedimento cada vez mais solidificado, devido aos grandes avanços da Ciência Biológica, inclusive da Medicina, trazendo cada vez menos riscos e visando, única e exclusivamente, benefícios para o ser humano.

As doações existem e devem ser multiplicadas, desde que haja estímulos e desde que todos possam comprovar e reconhecer a existência de duas garantias: a primeira no que concerne verificação objetiva da morte cerebral e a outra no que se referente à atribuição de órgãos para que não obedeçam a privilégios, amizades e avaliações subjetivas da maior ou menor utilidade social de cada doente, pois ao

contrário do que diz o senso comum, não é falta de doadores o maior complicador dos transplantes no Brasil, mas os que esperam por um órgão que podem morrer, principalmente, porque o sistema atual de capacitação e distribuição de órgãos é falho, a começar pela subnotificação de morte encefálica às centrais de transplantes, combinando ainda com a falta de recursos e atrasos exasperantes.

Existem outras oportunidades que possam vir a beneficiar e estimular o crescimento dos transplantes de órgãos e tecidos. Nesse sentido, cabe ao governo fazer melhorias ao atendimento do (SUS) Sistema Único de Saúde, bem como melhorar e demonstrar que tem capacidade para realizar o procedimento de transplantes de órgãos e tecidos. Dessa forma a sociedade perceberia que é seguro ser um doador e ajudar, ser solidário com pessoas que necessitam deste meio para sua sobrevivência (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Além disso, é fundamental que o governo demonstre competência na administração da Fila Única e, também, na publicação de taxas de mortalidade, de pós-transplantes e, ainda, em trazer a público os hospitais que acolhem os órgãos ou realizam os transplantes.

Ademais, acredita-se que para diminuir a inconseqüência entre demanda e oferta de órgãos para transplantes, algumas medidas deveriam ser tomadas pelos gestores públicos. Entre elas, a instalação de programas para esclarecimento e incentivo público e, mais importante, que aperfeiçoem cada vez mais a formação e a capacitação das equipes de saúde, melhorando a infraestrutura dos hospitais e evitando, assim, o desperdício de órgãos e permitindo a salvação de tantos cidadãos.

4 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROCESSOS DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Neste capítulo, pretende-se abordar de forma rápida a história do surgimento do Serviço Social no Brasil, a sua atuação do profissional no campo da saúde e, mais especificamente, com relação aos transplantes de órgãos. Nesse contexto, como ficará demonstrado através das pesquisas bibliográficas, o Assistente Social é de fundamental importância para a abordagem de um tema tão polêmico, num instante bastante delicado, bem como o acolhimento afetivo dos envolvidos e o esclarecimento da legislação em vigor.

4.1 O SERVIÇO SOCIAL, HISTÓRIA E ATUAÇÃO DENTRO DA SAÚDE PÚBLICA

O Serviço Social surge no Brasil entre as décadas de 30 e 40, quando a classe operária entra no cenário político e passa a lutar por direitos e pela implementação de políticas públicas que atendam aos interesses do trabalhador, exigindo por parte do Estado, intervenção através de regulamentação jurídica, nas relações de trabalho e de criação de leis sociais de proteção do trabalhador. Diante disso, a sociedade burguesa vê como ameaça a luta dos operários por melhores condições de vida e saúde diante da exploração a que é submetido. Nesse contexto o Serviço Social é chamado para atuar na intenção de auxiliar na manutenção da ordem social capitalista, através das políticas assistencialistas, por intermédio da igreja católica.

A ampliação do campo de atuação do Serviço Social e o seu processo de institucionalização está diretamente ligada à criação das grandes instituições assistenciais, principalmente, por volta da década de 40, quando há uma ampliação da ação desses profissionais na área da saúde devido ao conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, que passa a considerar os aspectos biopsicossociais do indivíduo. (Bravo; Mato, 2001, p.28).

A constituição da OMS estabelece que,

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social", bem como que "os

Governos têm responsabilidade pela saúde da sua sociedade, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. Sua principal tarefa é zelar para que todos da sociedade possam obter o mais alto grau de saúde que se possa alcançar (OMS, 1946).

Nesse contexto o Assistente Social é chamado para contribuir nas políticas públicas de saúde através das práticas educativas relacionadas à higiene e outras questões de saúde e passa a atuar nos hospitais, nos plantões, triagens, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária. Já na década de 70 os Assistentes Sociais passam a atuar nos Ministérios da Saúde e Previdência Social, sendo que no Ministério da Saúde os profissionais se encontravam espalhados em várias instituições, como, por exemplo, no Departamento Nacional da Criança, onde suas práticas eram voltadas para uma abordagem psicológica, ou nos hospitais psiquiátricos atuando nas “comunidades terapêuticas”. No Ministério da Previdência suas práticas eram direcionadas para o Plano Básico de Ação, em nível nacional (BRAVO, 2004, p.101).

Na década de 90, temos de um lado as ideias do projeto da reforma sanitária e de outro o projeto privatista com os ideais da política neoliberal de corte nos gastos sociais e, ao mesmo tempo, temos a criação de leis que permitiam o processo de controle social, onde a sociedade passa a poder propor e fiscalizar os gastos públicos. No contexto gerado por essas propostas, está a ampliação da atuação dos Assistentes Sociais que começa a ser requisitado para responder às demandas dos dois projetos. No projeto privatista, atuam nas práticas de assistencialismo, seleção socioeconômica, abordagens individuais, entre outros de interesse do capital. No projeto da Reforma Sanitária, o assistente social atua na democratização do acesso à informação e aos serviços de saúde e às mais diversas políticas sociais, buscando estimular a participação popular através dos organismos de controle social. (BRAVO; MATO, 2001, p.36)

Como podemos ver, é de longas datas que o Assistente Social é um profissional indispensável em todos os setores que formam a sociedade e atua na garantia dos direitos sociais e na democratização do acesso aos bens e serviços, buscando sempre dar respostas profissionais às necessidades sociais traduzidas nas questões sociais, da

forma como se expressam na vida dos indivíduos e em suas famílias, observando sempre o contexto social e respeitando a singularidade de cada pessoa.

Em tempos atuais, atuando na área da saúde o Assistente Social busca, através Serviço social é uma profissão regulamentada pela lei nº 8.662/93, e por meio da Resolução nº 218 de 06/03/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) está entre as categorias de profissionais de nível superior que são considerados como profissionais de saúde, e através da Resolução CFESS²⁵ N° 383/99 de 29/03/1999, que o caracteriza como profissional de saúde. de ações e estratégias, a efetivação do direito a saúde colaborando, assim, para a efetivação das propostas do SUS. Fundamentado no Código de Ética profissional, na lei que a regulamenta, na legislação social brasileira, como, por exemplo, nas LOAS²², ECA²⁶, Política Nacional do Idoso, Política Nacional da Pessoa com Deficiência e outros, o Assistente Social assume o compromisso profissional com a democracia, com os direitos sociais e com as políticas públicas de modo geral.

O Código de Ética da Profissão apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano. Destaca-se com isso alguns princípios que norteiam a intervenção do fazer profissional que são:

Defesa intransigente dos direitos humanos;
Ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; (CEP – 1993, s.p).

A contribuição do Assistente Social no âmbito da Saúde se faz através das ações socioeducativas compreendendo os aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde/doença e através dos seus instrumentos técnicos operativos. É um profissional que dispõe de ângulos particulares de observar e

²² Lei Orgânica de Serviço Social.

²³ Estatuto da Criança e do Adolescente.

interpretar as condições de saúde e de vida do usuário, o que é uma competência que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais profissionais.

De acordo com Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde²⁷, este profissional desenvolve suas ações profissionais de forma complementar e indissociáveis. Dentre as atuações do Assistente Social na saúde podemos citar, de acordo com o documento do CFESS (2000):

- Colaboração na organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo visando qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta hospitalar;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face suas condições de vida;
- Realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT²⁸) bem como informações sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;

²⁷ <http://www.cfess.org.br>

²⁸ Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres.

- Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica;
- Participação na formação profissional através da criação de campo de estágio, supervisão de estagiários, bem como a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional e/ou profissional. A articulação com as unidades de formação acadêmica é fundamental para o desenvolvimento destas atividades, à política de saúde tanto nas instituições com nas outras esferas;
- Sensibilizar o usuário e /ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Participar de campanhas preventivas, realizando atividades socioeducativas;
- Realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
- Desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
- Profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de Incentivar e participar junto com os demais atendimentos, tendo por base os interesses e demandas da população usuária;
- Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis;
- Participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;

- Garantir a educação permanente da equipe de serviço social na instituição e demais trabalhadores, bem como participar dos seus fóruns;
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- Participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação / implementação da NOBRH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional.

O papel desempenhado e as atribuições cotidianas do Assistente Social dependem do local, ou política onde o mesmo se encontra inserido. No HUOL as principais atribuições do serviço social e atividades realizadas, visando garantir o direito do usuário à saúde e o acesso democrático à informação é:

- Entrevista social que tem por objetivo identificar os aspectos sócio-econômicos, de maneira que possa interferir no processo de preparo para o transplante, verificando também se o preparo para o transplante esta caminhando corretamente;
- Acompanhamento e orientações antes e após a cirurgia aos pacientes e familiares, procurando uma ligação entre suas necessidades e a possibilidade de recuperação e compreensão da nova realidade;
- Reuniões a cada dois meses com os pacientes de primeira vez em preparo para o transplante; esta reunião tem caráter multidisciplinar onde participam o psicólogo/a, médico/a e enfermeiro/a e a/o assistente social, cada um expõe suas explicações para família e doador, para que desta forma eles compreendam como se dará o transplante, os riscos, os cuidados, a doença e a dinâmica do hospital;
- Encaminhamentos as diversas instituições e órgãos;
- Reuniões com a equipe multidisciplinar;
- Reuniões Inter setoriais;
- Intermediações com o Serviço Social das Clínicas de Hemodiálise;
- Contatos com a Central de Transplante;

- Orientações e preenchimentos dos formulários de Passe Livre para o Ministério da Saúde – (transporte interestadual);
- Declaração para a Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana (SEMOB);
- Solicitações de transportes aos municípios de origem dos pacientes transplantados;
- Marcações de consultas para outras especialidades, cardiologista, dentistas, gastroenterologista, dentre outros.

Na queda de braço entre o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária, os profissionais vão traçando suas táticas de trabalho, tendo como horizonte o usuário. Cada vez mais, com as transformações tecnológicas e das formas de produção e trabalho, modificam-se as relações sociais e econômicas, aumenta a desigualdade social, fazendo surgir, a cada dia, os mais variados problemas sociais, que se somam a antigas demandas já existentes, enfatizando ainda mais a necessidade da presença do Assistente Social nos mais diversos espaços, desde Habitação, Saúde, Educação, Judiciário, Ministério Público, Segurança Pública, ONGs, entre outros.

Existe um espaço amplo de atuação para o Assistente Social em órgãos públicos, empresas privadas, movimentos sociais, organizações e entidades da sociedade civil. Historicamente, o Assistente Social desenvolve a prática profissional, principalmente nos âmbitos da seguridade social, que é formada pelo tripé da seguridade: assistência social, previdência e saúde, sendo a área da saúde o grande espaço absorvedor do trabalho desses profissionais.

A criação de novos espaços de atuação para o Assistente Social indica que novos desafios surgem dessa nossa forma de socialização embasada no aumento das desigualdades sociais e na falta de socialização do que é produzido. Mas o Serviço Social é uma profissão que se constrói todos os dias, se faz da realidade social que é dinâmica. Não é uma profissão com ferramentas acabadas, prontas, e sim que sempre cria novas formas de enfrentamento para novos problemas, analisando a realidade social e dessa forma se autoconstrói.

Historicamente, pode-se afirmar que o Serviço Social surgiu no Hospital Universitário Onofre Lopes, em São Paulo, a partir de 1959, quando ainda era denominado Miguel Couto, pois aí surgem as primeiras medidas que se voltavam à

assistência a saúde. É neste contexto que a profissão se materializa no hospital, existindo uma atuação centralizada principalmente para o atendimento ao paciente e a família. Ressalta-se que o “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948 no Brasil, que deu ênfase aos aspectos biopsicossociais, influenciou na materialização do trabalho do assistente social na área da saúde, visto que neste momento foram requisitados outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social.

O trabalho do Assistente Social no HUOL, em particular no Programa de Transplante Renal, como um profissional inserido na divisão sócio técnica do trabalho, consiste em mediar a relação entre o usuário e a instituição com o objetivo de facilitar o acesso da população aos serviços oferecidos pelo SUS. Trabalha diretamente com o usuário conhecendo a realidade social que pode ser fator determinante no desencadear da doença, propondo ações positivas na perspectiva de garantia ao acesso a este direito social.

Normalmente, o usuário que sofre de Insuficiência Renal Crônica, é obrigado a passar boa parte de sua vida retornando ao hospital. Isso ocorre seja pela necessidade dos exames de rotina ou pela fragilização em que se encontra o seu organismo, fazendo com que o mesmo tenha constantemente frequentes internações.

Este usuário, devido a sua condição, desenvolve um vínculo com a instituição e com os profissionais que o assistem para a vida toda. O transplante renal não é uma cura e, sim, uma forma de tratamento que gera expectativas, medo, ansiedade, esperança de não precisar voltar mais para a máquina de diálise e necessidades específicas que, na maioria das vezes, suas condições sócias econômicas não o permitem suprir. Por ter o Serviço Social no caráter interventivo de acolhimento e por coordenar as ações de assistência, está sempre em contato direto com o usuário, fazendo a mediação entre suas necessidades e a instituição e, por isso, é o Assistente Social um profissional bastante procurado. Constrói-se aí uma relação muito peculiar, segundo afirmam Flores e Thomé (2004):

Fica evidente a necessidade de acompanhamento desses pacientes num momento tão singular de suas vidas, em que estão à espera do transplante, vislumbrando novas possibilidades, porém temerosos em relação a um futuro incerto. A dependência para sobreviver, além do enfrentamento das complicações que podem advir da doença é desafiadora, remetendo o paciente ao confronto com a morte e a descrença, ao mesmo tempo em que busca força

e fé para lutar e manter-se na espera por um doador. (FLORES e THOMÉ – 2004, pg, 690)

As demandas trazidas pelos usuários são as mais diversas e são muitos os desafios diante da conjuntura de políticas neoliberais colocadas para o profissional Assistente Social que, muitas vezes, vê-se em um embate entre o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária; entre o projeto da instituição e o projeto ético político profissional e, nesse momento, fica visível às correlações de forças e a capacidade ético-político do profissional em saber lidar com determinadas situações. Conforme Abess Apud Costa (2007),

[...] o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, de fato. A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam à intervenção sobre essas necessidades (ABESS, apud Costa 2007 p3).

O Assistente Social deve desenvolver a capacidade de fazer uma leitura crítica da realidade do usuário e deve estar comprometido com a qualidade dos serviços prestados à população, desenvolvendo seu aprimoramento intelectual e sua competência profissional. Tendo como objetivo o compromisso em dar respostas às necessidades do usuário, poderá traçar os meios para a garantia dos direitos do paciente mesmo diante dos problemas macro estruturais ou dos derivados do próprio cotidiano institucional. O requisito para fazê-lo profissional na contemporaneidade de acordo com Iamamoto (1998, p.79) é,

[...] uma competência crítica capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrentá-las. Supõe competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade; competência técnica e ético-política que subordine o “como fazer” ao “o que fazer” e, este, ao “dever ser”, sem perder de vista seu enraizamento no processo social. Tal perspectiva reforça a preocupação com a qualidade dos serviços prestados [...](IAMAMOTO, 1998, p.79)

Nesse contexto, o Assistente Social adentra na vida dos usuários e família e passa a fazer, de certa forma, parte da intimidade dessas famílias, integrando-se ao grupo no processo do tratamento e fazendo todo um trabalho de conscientização e incentivo à participação popular na busca por seus direitos, orientando e indicando os caminhos. A escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação e da problemática do usuário geram um vínculo e uma relação que, às vezes, parece transcender o profissional. No entanto, é importante que o profissional tenha em todos os momentos da relação que desenvolve com o usuário uma consciência crítica e ética. Para Barroco, a reflexão ética supõe a suspensão da cotidianidade; não tem por objetivo responder às suas necessidades imediatas, mas sistematizar a crítica da vida cotidiana (BARROCO, 2008, p. 55).

A relevância do profissional passa pela capacidade que o Assistente Social tem de dar respostas às demandas, mas também pela forma com que o mesmo interage com o usuário, obtendo deste, uma avaliação qualitativa do seu fazer profissional. Um profissional autocrítico, mesmo diante da necessidade de dizer não ao usuário, faz-no levando em consideração as particularidades subjetivas do mesmo, suas angústias, sua capacidade de entendimento, ouvindo e desenvolvendo com ele uma relação de confiança.

Por tanto, analisar a questão do tratamento dispensado ao usuário e a forma como os quais percebem os serviços públicos é de vital importância para que se tenha um bom resultado no processo de intervenção e possamos realmente avaliar nossa atuação. A análise é sobre como as respostas dadas no processo interventivo estão sendo avaliadas e qualificadas pelos usuários, assim como qual a importância do bom atendimento para eles, e até onde essa relação específica profissional/usuário, que se configura dentro desse recorte, no quadro do ambiente do ambulatório do transplante renal do HUOL, é importante e colabora para seu processo de tratamento e cura.

4. 2 O ASSISTENTE SOCIAL E SUA ATUAÇÃO EM CASOS DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, VENCENDO FRONTEIRAS.

Nos dias de hoje, o profissional Assistente Social se vê frente a frente com muitos desafios no sentido de uma proposta de trabalho inovadora capaz de concretizar os direitos da população usuária. Assim sendo, a sua atividade na área dos transplantes de órgãos lhe possibilita atuar para a efetivação de direitos do usuário na saúde pública.

No entanto, esta é uma prática recente que teve início no ano de 2005 através da portaria 1752, de 23 de setembro de 2005 que instituiu a Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Desde então o Assistente Social passou a fazer parte da equipe multiprofissional que trabalha com transplantes de órgãos.

4. 2.1 O Trabalho do Assistente Social em Casos de Transplantes

O trabalho do Assistente Social, de acordo com o Manual da CIHDOTT, começa assim que a Central de Transplantes recebe da equipe médica a notificação de morte encefálica. A partir daí, o profissional é contatado pela Central e começa o seu trabalho.

De acordo com o Manual citado, o pedido de doação jamais deve ser feito antes do aviso da morte cerebral. Esta etapa não pode ocorrer baseada em informações genéricas. Todas as circunstâncias da morte devem ser apresentadas, pois essa é uma questão de respeito para com o paciente e com a família.

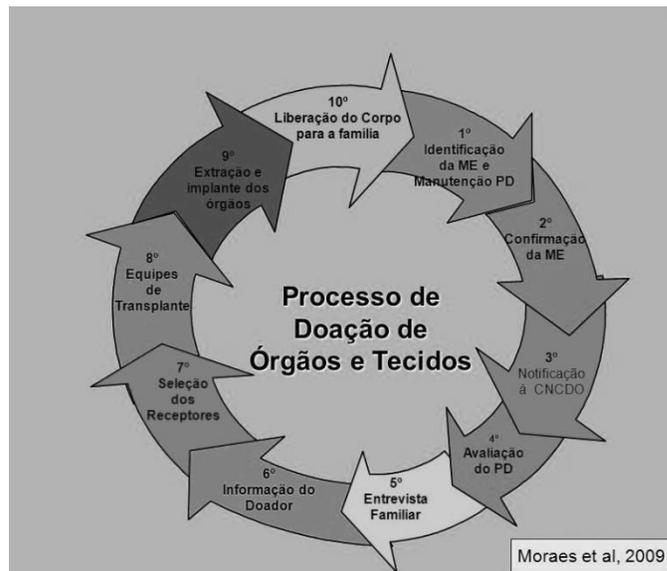
Dadas as informações, segue a aproximação na qual o Assistente Social aborda um familiar próximo que esteja mais calmo, chamando-o para um lugar reservado e tranquilo, de preferência em torno de uma mesa e aí coloca a possibilidade de doação. Nesse momento, é importante compreender a questão da perda e usar de muito tato na abordagem. Após, é dado um pequeno tempo para que o restante da família seja abordado sobre o tema por esse familiar.

Em caso de recusa, encerra-se o assunto. Porém, em caso afirmativo, o Assistente Social acomoda a família num ambiente calmo e privado e explica todo o processo. Aqui é essencial dizer que tudo será feito de forma rápida, que o corpo será liberado devidamente preparado para o funeral, quantas pessoas serão beneficiadas, o valor desse gesto e o conforto de estar sendo solidário numa hora tão difícil.

A seguir, procede-se o levantamento dados onde o agora doador é devidamente identificado como indivíduo civil e profissional. Também é feito um levantamento sobre sua situação social, seus hábitos e costumes, sem esquecer-se do histórico de doenças e intervenções médicas no decorrer de sua vida. Para tanto são utilizados questionários de entrevistas (anexos I e II) respondidos pelo familiar mais próximo e conhecedor de todos esses aspectos.

Na figura a seguir, estão demonstradas todas as etapas do processo de doação desde a morte encefálica. Esses passos são seguidos rigorosamente pela equipe multiprofissional do hospital, onde também atua o Assistente Social.

Fig. 8 – Etapas do Processo de Doação de Órgãos



Como pode se observar, nos casos de doação de órgãos e tecidos a presença do Assistente Social é muito importante. Primeiro para prestar esclarecimentos legais e depois para assegurar às famílias o respeito de sua decisão e dos seus direitos. Desse modo, ter esse profissional na equipe é de muita valia para a abordagem, acolhimento dos familiares e auxílio por ocasião da perda de um ente querido e o conforto de saber que ele vai estar ajudando alguém.

Essa atitude que pode parecer cruel num momento de dor intensa, é necessária levando-se em conta o grande número de indivíduos que esperam por um ato de

solidariedade de doação de órgãos. Contudo, é fundamental proporcionar tempo para a família refletir sobre o tema, tendo sempre a sensibilidade e o cuidado com as palavras para não ferir sentimentos e colocar em risco uma potencial doação.

Um aspecto, neste instante, que deve ser levado em conta é a resistência de doar em função de conceitos e preconceitos crenças e fé. Por isso, criar um ambiente tranquilo abre a oportunidade da abordagem propriamente dita. Para tanto, é importante usar um tom de voz agradável, a manifestação da compreensão e respeito pelos sentimentos da família e, principalmente, aceitar a decisão tomada.

Em caso de dúvidas quanto às informações médicas, o Assistente Social auxilia interpretando e esclarecendo. Aqui o preparo do profissional é fundamental, lembrando que esse diálogo precisa acontecer no ambiente hospitalar para a intervenção de outros profissionais em caso de necessidade.

Contudo, apesar da relevância de sua atuação, o Assistente Social ainda é pouco citado na literatura sobre a doação de órgãos e tecidos. Porém, pouco a pouco esse profissional conquista seu espaço nas equipes multiprofissionais na saúde pública brasileira, especialmente nas questões sobre doações de órgãos e tecidos.

Além se esclarecer sempre o necessário sobre os fatos em torno do processo que são, às vezes, desconhecidos, o Assistente Social é indispensável para que aumente o número de transplantes e mais doentes recebam a oportunidade de uma vida mais digna. Os seus conhecimentos metodológicos, teóricos e técnicos podem influenciar positivamente para isso por estar apto para atuar nos mais diversos campos da saúde, pois como descreve o CRESS (2013, p. 6410 “ a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Desse modo, confirma-se a ideia de que o Serviço Social é de suma importância na atualidade e também a intervenção do Assistente Social nos mais diversos segmentos da sociedade, bem como na doação e transplantes de órgãos e tecidos. Assim, efetiva-se esse espaço sócio ocupacional para sua atuação no sentido de assegurar os direitos do cidadão brasileiro.

4. 2. 2 O trabalho do assistente social na política nacional de humanização (PNH)

No Brasil, o serviço público de saúde é de responsabilidade do Sistema único de Saúde, o SUS, e pelas instituições particulares que atuam em parceria com o SUS. Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro é constituído por estruturas que tem atividades distintas e por um número significativo de instituições que agem em prol da saúde.

Nesse contexto, a rede que atende a saúde da população se divide em três eixos: promoção de saúde, prevenção e serviços curativos. Segundo Roeder (2008) o indivíduo adentra no sistema de saúde através dos serviços ambulatoriais e dos consultórios. Esse é o serviço primário. A partir daí, segue o atendimento secundário prestado pelo profissional intermediário nas instituições de médio porte e o atendimento terciário acontece nos hospitais especializados, em maior quantidade, nos grandes centros urbanos do país.

O setor dos serviços de saúde pública do Brasil está em constantes transformações. O intuito dessa prática é diminuir as discrepâncias entre os serviços prestados aos diferentes segmentos da população. Contudo, as dificuldades prosseguem e a saúde continua deficitária quanto ao atendimento e a prevenção de doenças.

No entanto, os movimentos e esforços continuam acontecendo no sentido de promover mais qualidade e acesso a todos os cidadãos. Assim sendo, algumas políticas, projetos e programas são criados visando direcionar ações para atingir melhores resultados do serviço do SUS.

Integram esses projetos e programas a Política de Saúde mental, Política de Humanização, Programa de Vigilância Sanitária, Projetos Redes Regionais de Atenção às urgências e Emergências, entre outros. Além disso, há também a Política Nacional de Humanização — PNH- que tem por objetivo efetivar os princípios do SUS no contexto das práticas de atenção e gestão da saúde.

Esta política está em vigor desde 2003 possibilitando mais qualidade à saúde pública do Brasil e dando mais incentivos para trocas solidárias entre os gestores, trabalhadores e usuários. A isto chamamos de acolhimento que se inicia com a entrevista familiar e prossegue com o acolhimento da família propriamente dito.

4. 2. 2.1 A Entrevista familiar

A entrevista familiar é realizada por profissionais devidamente qualificados que fazem parte das equipes de captação com os familiares do potencial doador que estiverem presentes depois da comunicação da morte encefálica²⁹ e que queiram participar da mesma (SES-SP, 2002; MORAES, 2007). Neste momento é abordada a possibilidade de doação, sempre dentro de um clima de conforto, tranquilidade e compreensão da situação dolorosa que é a perda de um ente familiar.

Nesta ocasião, são prestados todos os esclarecimentos legais e técnicos sobre os procedimentos. Para tanto, os responsáveis por essa etapa devem possuir habilidades que conduzam à empatia, afetividade e, principalmente, solidariedade e respeito pelo processo de doação/transplante.

Ainda é preciso destacar que todo cidadão pode ser doador desde que manifeste esse desejo através de uma declaração em vida a seus familiares, o chamado consentimento informado. Isto está previsto na Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001 que definiu o consentimento informado como forma quando o indivíduo que desejar ser um doador de órgãos informar, em vida, aos seus familiares sua vontade, pois para que ocorra a extração de órgãos, tecidos ou partes do corpo da pessoa com morte encefálica para transplantes é preciso autorização de alguém da família que pode ser o cônjuge ou parente próximo maior idade. Tal autorização é chamada de Consentimento Familiar deverá ser firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

4.2. 2. 2 O Acolhimento Familiar

²⁹ É a parada definitiva e irreversível do encéfalo, provocando em pouco tempo a falência de todo o organismo < <http://portalsaude.saude.gov.br>>.

O acolhimento é um momento bastante delicado que requer do profissional Assistente Social muita habilidade, pois é aqui que a família se manifesta livremente diante do acontecido descrevendo como aconteceu e expressa sua percepção a respeito do falecido e qual era a sua relação com o mesmo, possibilitando identificar alguns sentimentos: culpa, revolta, Apresentação dos entrevistadores e manifestação de condolências, apresentação dos familiares presentes negação, aceitação, entre outros.

É neste momento também que todos recebem esclarecimentos sobre a morte encefálica. Se essa etapa não for bem conduzida não há possibilidade de haver o consentimento para a retirada dos órgãos do paciente. Por isso, é essencial informar claramente sobre o diagnóstico: O que é? Como acontece? Porque acontece? Porque e como tudo isso aconteceu com seu familiar? Esta é uma etapa crucial e enquanto não se observar que o diagnóstico de morte encefálica foi realmente entendido o tema da doação não deve ser abordado.

Após tudo devidamente esclarecido é que se fala sobre a doação de órgãos e tecidos, perguntando à família se já ouviram falar sobre o assunto, o que pensam e, principalmente, se o falecido se manifestou alguma vez sobre a questão.

Após esse primeiro diálogo, é importante esclarecer sobre os aspectos legais e logísticos do processo e suas etapas. Como se trata de um processo complexo é necessário que suas etapas sejam esclarecidas de forma clara e didática seguindo alguns passos, segundo orientações da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos:

- Investigação da viabilidade do possível doador (esclarecer que a doação só poderá ser confirmada após a avaliação clínica e laboratorial, pesquisa sorológica e de antecedentes familiares, entre outros);
- Responsáveis legais pela autorização da doação (necessário que sejam identificados esses responsáveis e os mesmos devem estar presentes na entrevista para evitar problemas na comunicação das informações);
- Esclarecimentos a respeito do sistema de alocação e distribuição dos órgãos doados, (ênfase na credibilidade e seriedade do programa);

- Informar quanto ao anonimato do doador e receptor (importante essa orientação para que a família tenha clareza da importância das identidades serem preservadas e quais as implicações caso isso não ocorra);
- Impacto da doação nos procedimentos funerários (importante nesse momento deixar claro para a família que não há mutilação ou desfiguração do corpo do doador, e que as equipes de retirada assumem o compromisso de entregar o corpo de forma condigna);
- Trâmites legais envolvidos na liberação do corpo (como e quando é necessário o encaminhamento ao Instituto Médico Legal – IML);
- Ausência de custos para a família (é importante que a família tenha clareza de que não há custos financeiros com a doação e que o sistema público de saúde financia todas as etapas do processo doação/transplantes);

Após observados todos esses aspectos, devemos considerar que a família pode não se sentir segura em aceitar a possibilidade da doação. Neste caso, prevalece a sensibilidade do profissional em esclarecer todas as dúvidas e em caso de recusa, respeitar a decisão, levando em conta que neste momento também estão em jogo crenças, conceitos e preconceitos, além da questão cultural e religiosa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos este trabalho compreendemos que falar em considerações finais subentende situar o estudo realizado entre o que foi entendido pela autora, o tema abordado e seu objeto e o objetivo a que se propôs. Além disso, tem por finalidade de mostrar ao leitor novos conceitos e perspectivas para contribuir, desta maneira, com a construção de conhecimento sobre um tema tão importante como é a doação e o transplante de órgãos e tecidos.

Neste contexto, visualizamos a diversidade do campo de atuação do profissional em Serviço Social dentro de uma equipe multiprofissional da área de saúde pública lidando com um assunto muito delicado que exige não só um entendimento, mas um indivíduo que deve se preocupar com questões humanas e afetivas em momentos de todo difíceis.

Contudo, o que verificamos ao realizarmos essa pesquisa bibliográfica foi que se torna mais estreita, atualmente, a relação entre as enfermidades e os aspectos sociais, aqui, em especial por se tratar do transplante em diferentes situações. No entanto, compreendemos que se destacaram os tópicos legais que levam as famílias a decidirem pela doação ou não dos órgãos de seu ente querido que ora não pode opinar a respeito.

Os transplantes de órgãos e tecidos é uma conduta médica que tem possibilitado a inúmeros portadores de doenças crônicas a chance de continuar vivendo através da substituição do órgão doente e incapacitado por outro saudável. A realização deste procedimento tem encontrado alguns impasses, visto que depende da colaboração da sociedade para que possa se desenvolver.

Nesse sentido, os meios de comunicação têm possibilitado a toda população o acesso às informações pertinentes à doação de órgãos e tecidos, porém, durante o desenvolvimento deste trabalho questionamo-nos várias vezes sobre a qualidade desta informação. As campanhas veiculadas pela mídia são suficientes para conscientizar a população sobre a importância da doação de órgãos e tecidos para a sociedade brasileira, contudo não tem fornecido as informações necessárias para o esclarecimento de todas as etapas que norteiam o processo de doação de órgãos e tecidos.

Ao examinarmos esse fato entendemos, enfim, o significado da doação de órgãos para a família, o sentido desse gesto e o valor dele. Nesse momento, percebemos que a atuação do Assistente Social se torna essencial quanto à acolhida e os esclarecimentos sobre a legislação e os direitos que estão vinculados ao fato.

Desse modo, foi possível compreender que a decisão de doar órgãos permite ao indivíduo a condição cidadã de contribuir com um procedimento que vai dar a tantos que esperam na fila de doação a chance de uma vida mais digna ao restabelecer-lhe a saúde. Verificamos, portanto, que a doação consentida converte-se numa ação solidária.

Também durante esta pesquisa constatamos que a doação de órgãos e tecidos é um tema polêmico, complexo e cercado de mitos. Diante disso, entendemos que esses aspectos são os grandes responsáveis pelas poucas doações por parte das famílias de pacientes com morte encefálica. Desse modo, acreditamos que o trabalho para reverter esse quadro não deva se restringir somente às informações durante a campanha Setembro Verde e sim de Janeiro a Janeiro, pois a população precisa ser, cada vez, mais conscientizada sobre a importância de ser solidário mesmo em momentos tão dolorosos como a perda de um ente querido.

Durante o andamento das leituras, além da parte legal, a pesquisa nos levou, ainda, a conhecer os avanços científicos alcançados no Brasil e no mundo com relação aos transplantes de órgãos e tecidos e a história dessa prática. Curiosamente, vimos que essa não é uma prática nova, pois desde os primórdios da história do homem há registros sobre a tentativa de transplantar partes do corpo humano de um para o outro. Inclusive, lendas famosas como que Shiva, da mitologia hindu, ao ressuscitar Ganesha lhe coloca uma cabeça de elefante por ter perdido a parte original.

Desse modo, verificamos que, ao longo do tempo, inúmeros pesquisadores se dedicaram a experimentos na área dos transplantes com objetivo de alcançar curas de moléstias graves e por conta disso o número desses procedimentos foi aumentando até que, hoje, são realizados quase que diariamente.

Além de médicos, farmacêuticos também se dedicaram para o avanço dos transplantes. Deve-se a isso a descoberta dos imunossupressores que acabaram com o grande temor a respeito dos transplantes de órgãos, a rejeição.

Após os esclarecimentos científicos e legais sobre doação e transplantes de órgãos e tecidos, vimos que a maior barreira a ser vencida, no entanto, era relativo ao atendimento dos familiares de potenciais doadores de órgãos nas unidades hospitalares. Para preencher essa lacuna, formaram-se as equipes de profissionais da saúde voltados ao intento de prestar todo o auxílio necessário.

Porém, a tarefa mais delicada é o preparo dos envolvidos na questão quanto a permissão para a retirada dos órgãos do paciente depois de constatada a morte encefálica. Nesse momento, o Assistente Social é quem acolhe os indivíduos, esclarecendo sobre a questão legal e humana do fato. Para essa tarefa, faz-se necessária habilidade e sensibilidade.

Nas leituras realizadas, tomamos conhecimento que questões como o relacionamento do sujeito com os familiares, informações insuficientes para a tomada de decisão da família e o desconhecimento da opinião do falecido a respeito da doação de órgãos, negação da morte, o contexto sócio cultural são pontos alegados pelos familiares e influenciam diretamente na entrevista. Por isso, ficou evidente que o acompanhamento de um Assistente Social é relevante e decisiva para a concretização das doações e o conforto dos envolvidos.

Desse modo, nossas pesquisas e reflexões foram fundamentais no sentido de percebermos o quanto se faz necessário por parte das instituições de saúde de dos gestores da saúde pública em todas as esferas governamentais – federal, estadual e municipal - ações que venham a amenizar situações fragilizam o ser humano como é o processo de lidar com a terminalidade da vida. Nesse momento, a presença de profissionais preparados e voltados para as ações humanas, como é o caso do Assistente Social, para o apoio aos pacientes e familiares são de vital importância.

Através das leituras realizadas, observamos que a morte não significa um marco distante das pessoas, mas uma realidade que pode se transformar em tomada de consciência, no despertar de muitos valores e ensinamentos que possibilitam que as pessoas repensem suas ações e se transformem. A doação de órgãos para o transplante conforme pudemos perceber, desde que bem conduzida, pode ser um grande passo para a cristalização da solidariedade e o apoio e o trabalho do Assistente Social tem valor inquestionável nesse momento.

Entendemos, sim, que para a família do doador em potencial lidar com o tema é uma árdua tarefa: lidar com a perda, tomar a atitude de doar e, ao mesmo tempo, enfrentar o luto. Por isso, uma equipe de profissionais bem preparada deve estar presente prestando auxílio para que superem as dúvidas e receios que envolve uma decisão de tamanha magnitude.

Desse modo, esta pesquisa e o contato com esse tema polêmico, complexo e delicado foi de fundamental valia para nossa formação e conscientização enquanto profissionais. Esperamos, também, termos contribuído para que os leitores compreendam o real significado da solidariedade na sua mais profunda acepção, ou seja, o de estar disposto a aliviar a dor do outro mesmo diante da finitude da vida.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Disponível em URL:

<http://www.abto.org.br>. Acesso 10 mai 2017 .

ASSIS, Francisco Neto de. **Esperando um coração: doação de órgãos e transplantes no Brasil**. Pelotas: Editora Universitária, 2000.

Atlas de transplante clínico. Philadelphia/EUA: Copyright Recallmed Ltda., 1995.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez editora, 2001.

BRASIL. Código Civil (2002). LEI No 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406.htm> Acesso em jun 2017.

BRASIL. Resolução do CFM nº 1480 de 08 de agosto de 1997. Estabelece Critérios Diagnósticos de Morte Encefálica. Conselho Federal de Medicina 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em mai 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **O Serviço Social e a prática na área da saúde**. In: Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996, p. 84- 131. . Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BREKKE IB. **Transplante de pâncreas**. Atlas de transplante clínico. Philadelphia/EUA: Copyright Recallmed Ltda, 1995.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede – a era da informação: economia, sociedade e cultura**. Tradução de Roneide e Venâncio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 1999a. apud BUENO, 2008.

CATÃO, Marconi do Ó. **Biodireito: transplantes de órgãos humanos e direitos de personalidade**. São Paulo: Madras, 2004.

CHAIB, Eleazar. **Aspectos históricos do Transplante de Fígado**. Atlas de Cirurgia do Fígado. In: Saad W.A., Chaib E., D’Albuquerque L.A . C., Atheneu, 2000.

COIMBRA, Celso Galli. **A dura realidade do tráfico de órgãos**. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Brasília, junho de 2011.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ONU, 1948.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

Hockerstedt K, Helsinki e Calne SR, Cambridge. **Transplante de fígado**. Atlas de transplante clínico. Philadelphia/EUA: Copyright Recallmed Ltda, 1995.

Iamamoto, Marilda Villela **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2000.

Lamb D. **Transplante de Órgãos e Ética**. Trad. Jorge Curbelo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Editora Hucitec, 2000.

BRASIL. LEI Nº 5.479, DE 10 DE AGOSTO DE 1968. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 06 jun 2011

BRASIL. LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997. <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 25 jun 2017

Machado MCC et al. **Aspectos da função hepatocitária em transplantes de fígado experimentais e humanos**. Rev Ass Med Bras 16:89-94, 1970.

MATOS, Moanna. **Relatório final de Estágio: Unidade Local de Saúde do Saco Grande**. Florianópolis: DSS/UFSC, 2006.

Organização Mundial da Saúde. Biblioteca Virtual dos direitos humanos, São Paulo. <http://www.direitoshumanos.usp.br>. Acesso em 25 jun 2017.

PEREIRA, W. A. **História dos transplantes**. In: Pereira, W. A. Manual de Transplantes de órgãos e tecidos. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RBT – Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XIII, Nº2, Jan/Dez, 2007.

RBT – Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XIV, Nº2, Jan/Dez, 2008.

Reitz BA, Stanford, Ikonen T e Harjula ALJ, Helsínquia. **Transplante coração-pulmão**. Atlas de transplante clínico. Philadelphia/EUA: Copyright Recallmed Ltda, 1995.

Ruutu T, Helsínquia e Ringdén O Stockolm. **Transplante de medula óssea**. Atlas de transplante clínico. Philadelphia/EUA: Copyright Recallmed Ltda, 1995.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito e direito ao próprio corpo: doação de órgãos, incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97, com as alterações introduzidas pela Lei n. 10.211/01**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito e direito ao próprio corpo**. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

Salmela K, Ahone J, Helsínquia, Kootstra G, Maastricht. Transplante renal. Atlas de transplante clínico. Philadelphia/EUA: Copyright Recallmed Ltda, 1995.

SANTOS, E. **As comissões intra hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante: Um novo campo para o exercício profissional do Assistente Social.** Disponível em: . Acesso em 10 mai, 2017.

SANTOS, M. J. dos; MASSAROLLO, M. C. K. B. **Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres.** Rev. Latinoam. Enfermagem, v. 13, n.º 3, p. 382-387. São Paulo, maio – jun. 2005. Disponível em: . Acesso em 17 mai 2017.

SÉGUIM, Elida. **Biodireito.** 3ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Júris, 2001.

_____. **Biodireito.** 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Júris, 2005.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 36. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

SILVA, José Braga. **Um novo olhar para o tráfico de seres humanos.** Disponível em <<http://jus.com.br/artigos/26558/um-novo-olhar-para-o-traffic-de-seres-humanos>> Acesso em jul 2017.

Starzl TE, Putnam CW. **Experiência em transplante hepático.** Filadélfia: WB Saunders, 1969.

Wood RFM, Bowles MJ. **Transplante de intestino delgado.** Atlas de transplante clínico. Philadelphia/EUA: Copyright Recallmed Ltda, 1995.

ANEXOS

