Capítulo 6

A humanização da saúde e a moderna tecnologia das transplantações de órgãos humanos

Marconi do Ó Catão

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CATÃO, MO. *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. A humanização da saúde e a moderna tecnologia das transplantações de órgãos humanos. pp. 211-258. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Capítulo 6

A humanização da saúde e a moderna tecnologia das transplantações de órgãos humanos

A saúde como qualidade de vida e a sociedade moderna

A institucionalização dos direitos sociais, próprios ao *Estado do Bem-Estar Social*, advinda do final do século XIX, significou a incorporação de novos fatos, produtos de uma sociedade em constante transformação; sendo que uma das novidades que começa a fazer parte deste cotidiano é a inclusão de um conceito que passa a compor o conteúdo de um conjunto de interesses que estão bastante presentes nas sociedades contemporâneas, qual seja, a *qualidade de vida*. Mas, é fundamental que tenhamos o devido conhecimento dos limites nos quais se situa tal concepção, pois nos permitirá afastá-la de vinculações tradicionalmente cogitadas, bem como nos possibilitará a construção de uma noção desvinculada de determinados significados que se formaram ao longo do tempo.

A transformação da sociedade, em especial pelas mudanças das relações de produção impostas pelo desenvolvimento tecnológico, com a introdução da máquina e de uma nova lógica de organização do tempo, possibilitou uma ampliação da ideia da qualidade de vida por meio da inserção dos benefícios da vida urbana. Em outras palavras, nos séculos XVIII e XIX, ter qualidade de vida passou a significar a possibilidade de desfrutar dos mecanismos criados pelo próprio homem, que substituíam as tarefas árduas existentes naquela época. Já no século seguinte, essa noção começa a absorver a possibilidade de consumo constante das novidades tecnológicas postas à disposição no mercado mundial. Com efeito, o consumo se aprofunda no comércio de bens, possibilitando, então, que a disposição e utilização de utensílios sejam parâmetros de medição do nível de qualidade de vida das pessoas; portanto, a representação social do consumo é determinada em função da disposição de certos instrumentos, máquinas, bens etc.

De fato, gradativamente, a questão da qualidade de vida passa a ser definida levando-se em consideração valores que a qualifiquem a partir de determinados padrões que funcionam como pré-requisitos para o seu próprio asseguramento e desfrute. De modo que essa concepção vai além das pretensões de consumo, tendo em vista que estas sofrem influências de determinados valores que, por sua vez, possibilitam construir o seu conteúdo. Saliente-se que, entre esses valores, estariam os seguintes: *a democracia*, como condição inafastável para a participação dos indivíduos; *a igualdade*, sempre buscando a desmontagem das estruturas de exclusão social impostas às camadas inteiras das sociedades, o que implicaria no direito a padrões mínimos de alimentação, saúde, educação, moradia, higiene etc.; *a preocupação ecológica*, como sendo um relevante pressuposto de garantia à continuidade e preservação da biodiversidade; e o *desenvolvimento tecnológico*, possibilitando a produção

de instrumentos aptos a permitirem, inclusive, a liberação das pessoas dos males que as afligem, como também proporcionar-lhes benefícios.¹

Em síntese, é possível repensar a noção de qualidade de vida sem afastar-se completamente das prerrogativas já suscitadas há bastante tempo; mas, esse conceito renovado está associado à ideia de que há um caráter comunitário e solidário que interfere nos objetivos tradicionalmente ligados à essa concepção. A partir dessas breves considerações, passaremos a refletir sobre a questão da saúde como qualidade de vida, destacando que genericamente ela é considerada um direito social inserido na nova categoria dos direitos humanos de terceira geração², ou seja, como vinculado ao caráter de solidariedade que os identifica.

Na análise desse tema, inicialmente poderíamos pensar a saúde no âmbito dos padrões do individualismo liberal, caracterizando-se como a liberdade de busca dos serviços médicos privados; sendo que tanto a procura quanto a oferta estariam atreladas ao mercado, enquanto que o acesso aos serviços ficariam condicionados às possibilidades individuais. Então, a saúde se resumiria as *atividades*

1 MORAIS, José Luiz Bolzan de. **Do Direito social aos interesses transindividual**: o Estado e o Direito na ordem contemporânea. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.p.185.

2 Na evolução doutrinária dos direitos humanos, são verificadas três gerações ou dimensões de direitos, traduzindo um processo sucessivo e cumulativo. Assim, a primeira geração desses direitos corresponde aos direitos individuais e políticos e à nacionalidade, ou “direitos de liberdade”, típicos do Estado Liberal; já a segunda geração equivale aos direitos sociais ou “direitos de igualdade”, característicos do Estado Social; e a terceira geração corresponde aos direitos difusos, sendo também denominados de direitos de fraternidade ou solidariedade, próprios da proteção internacional dos direitos humanos. CATÃO, 2004, p.66-67; v.tb. BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 8.ed. São Paulo: Malheiros, 1999. p. 516-524.

curativas no sentido de rearranjo das disfunções que afetassem o organismo das pessoas, repondo-as, aptas, no mercado de trabalho.³ Posteriormente, a partir de uma visão coletiva da realidade social, ligada ao desenvolvimento do modelo do Estado do Bem-Estar Social, seria possível considerar a saúde não mais vinculada à possibilidade individual de alcançar a cura das doenças através de uma ótica de mercado, mas sim por meio da atividade de prestação de serviços por parte do Estado, independentemente das possibilidades pessoais. Observe-se que nesta segunda perspectiva existe um aprofundamento da problemática da saúde pela incorporação de um novo viés, exteriorizado pela *prevenção*, ensejando assim uma atuação antecipada, com a oferta de serviços básicos garantidores da salubridade pública, no intuito de evitar a ocorrência de determinadas enfermidades.

Logo, percebe-se que a discussão do tema da saúde não se restringe apenas à busca individual, passando, conseqüentemente, a ter um caráter coletivo na proporção em que a saúde pública passa a ser apropriada pelas coletividades como direito social. De modo mais amplo, poderíamos entender a saúde como um interesse que incorpora um conjunto não identificável de titulares, tais quais os interesses difusos; neste contexto o veríamos como *promoção*, que teria como núcleo central a própria saúde e não a doença, como também a ideia de qualidade de vida, que se ampliaria, apropriando-se dos conteúdos próprios às teorias política e jurídica contemporâneas. Portanto, podemos pensá-la como um dos elementos da cidadania⁴, no sentido de promoção da saúde e vida das pessoas⁵; ou seja, um direito que projeta um interesse difuso, não

3 DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 2.ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987. Passim.

4 MORAIS, 1996, p. 189; BODSTEIN, 1993, p. 17-19.

5 Ressalte-se que tal perspectiva já vem sendo contemplada no art. 25 da Declaração dos Direitos do Homem da ONU, que enuncia a saúde como

se restringindo apenas a curar e evitar as moléstias, mas a ter uma vida saudável, expressando uma pretensão de todas as sociedades a um viver saudável, com acesso a um conjunto de benefícios que fazem parte da vida urbana.

Dessa maneira, vislumbramos que as relações fundamentais para com a saúde vêm se transformando, nos tempos atuais, haja vista que não se tem mais aquele direcionamento com a doença e, por conseguinte, com a morte; pois, de modo diverso, tem-se uma posição reflexiva da saúde relacionada a ela mesma e, assim, com a vida. Ademais, não se trata de uma vida caracterizada somente pela sobrevivência, mas sim um estado vital qualificado que é norteado por valores substanciais, tais como *a democracia, a igualdade, o respeito ecológico e o desenvolvimento tecnológico*.

No Brasil, a produção científica relacionada com a temática da saúde, no período do final dos anos setenta até aproximadamente 1985, foi realizada em uma conjuntura historicamente identificada com o processo de abertura política e início da transição democrática, sendo nessa época que são retomadas problemáticas antes excluídas do debate público, como as questões sobre a qualidade de vida, que voltam a ser politizadas.⁶ Nesse prisma, o *Movimento Sanitário*, da segunda metade dos anos oitenta até os primeiros anos da década seguinte, como já referimos, incorpora o ideário dos Direitos de Cidadania e de um Sistema Único de Saúde, a cargo do Estado. De fato, a luta pela Reforma Sanitária foi o grande marco dessa fase, bem como a inclusão, na Carta Magna de 1988, da saúde como um direito de todos e dever do Estado seria a vitória conquistada.

uma das condições vinculadas à vida digna. De modo igual, a Organização Mundial de Saúde, no preâmbulo de sua Constituição de 1946, enuncia a saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, relacionando-a com a felicidade e segurança dos povos.

6 NUNES, 1999, p. 163.

Segundo Martins⁷, foi nos anos setenta do século XX que a medicina deu um novo vigor à reorganização dos estudos em saúde, sempre enfatizando o contexto social; mas, em seguida, esse autor esclarece que, na década de oitenta, verificou-se uma inclinação para mudança de paradigmas, passando-se de um entendimento simplista de saúde, pelo qual o fenômeno se definia negativamente com relação à enfermidade, ou seja, saúde era o que não fosse doença, para uma outra concepção mais complexa, em que ela passou a ser definida a partir de uma série de aspectos culturais, sociais, políticos, afetivos e ambientais. Além disso, a saúde deixou de ser compreendida como uma intervenção de natureza preventiva para ser entendida como promoção, não se reportando mais a uma determinada moléstia ou desordem, mas a qualidade de vida resultante de um processo que envolve diversos fatores, tais como alimentação, renda, educação, justiça social, entre outros.⁸

No plano internacional, alguns eventos foram decisivos para a cristalização da ideia de saúde como qualidade de vida, com destaque para a elaboração do *Relatório Lalonde*⁹ em 1974, no Canadá, que definiu as bases de um movimento pela promoção de saúde, trazendo como fundamento básico o adicionamento “*não só de anos à vida, mas vida aos anos*”. Esse documento estabeleceu o modelo do “campo da saúde”, que é composto por quatro polos: *a biologia humana*, que inclui a maturidade e o envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; *o sistema de organização dos serviços*, contemplando os componentes de recuperação, curativo e preventivo; *o ambiente*, que envolve o social, o psicológico e o físico;

7 MARTINS, 2004, p.11-12.

8 CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In. _____; FREITAS, C. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.46.

9 CANADÁ. **A new perspective on the health of Canadians: a work document**. Ottawa. Ministry of Health and Welfare. April, 1994. p. 18-20.

e o *estilo de vida*, no qual, podem ser considerados a participação no emprego e problemas inerentes às ocupações profissionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer. Por fim, esse relatório apresenta propostas relacionadas com os seguintes aspectos: a gravidade da situação de saúde; a prioridade dos tomadores de decisão; a disponibilidade de soluções efetivas com resultados mensuráveis; os custos e as iniciativas federais centradas na promoção de saúde, bem como na regulação, pesquisa e eficiência da atenção à saúde; estabelecimento de objetivos etc.

Nessa mesma perspectiva, ressaltem-se a *Carta de Ottawa* de 1986; o *Health Promotion Disease Prevention* (HPDP) nos EUA; a *Conferência de Sundsväl* de 1991, na Suécia; entre outros. Mais recentemente, no ano de 2002, por iniciativa da Organização das Nações Unidas, realizou-se em *Madrid* a *II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento*, que teve como tema “*Uma sociedade para todas as idades*”; este evento aprovou dois importantes documentos que servirão de guia estratégico para nortear a escolha de medidas normativas e a implantação de políticas públicas relacionadas com o envelhecimento no século XXI.¹⁰ Trata-se do “*Plano de Ação Internacional de*

10 Neste sentido, a expectativa de vida do brasileiro ao nascer tem apresentado interessante evolução: no período entre 1950 e 1955 era de 50,9 anos; entre 2000 e 2005 de 68,3; e estima-se que entre 2045 e 2050 a expectativa de vida do brasileiro seja de 76,9 anos de idade. Isso se deve a melhor aplicação da medicina preventiva, a evolução dos métodos diagnósticos, à utilização do computador na criação de novos instrumentos cirúrgicos, às novas técnicas cirúrgicas com recursos digitais, ao desenvolvimento das técnicas de transplantes e à descoberta de novos medicamentos, que, somadas às melhoras sociais e a maior difusão de informações, faz com que as estatísticas mostrem um crescimento na expectativa de vida do brasileiro. Temos no Brasil 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos e as projeções indicam que seremos o sexto país do mundo em número de idosos no ano de 2020, com aproximadamente 32 milhões. Cf. RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In. FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. et al. **Tratado de Geriatria e**

Madrid sobre o Envelhecimento 2002” e de uma “*Declaração Política*”, que reúne os compromissos assumidos pelos governos dos países que estiveram presentes nesta assembleia, para executar o novo Plano de Ação nos próximos 25 anos. Esta proposta prevê prioridades relacionadas à saúde dos idosos, a serem implementadas em âmbito mundial. Da mesma forma, a *Declaração Política*, em seu art. 14, enfatiza a questão da saúde nessa faixa etária.¹¹

Sem dúvida, nesses dois documentos aprovados, a questão da saúde é o foco principal; e considerando que a OMS define a saúde, como já destacamos, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente como ausência de enfermidades. Logo, chegar à velhice gozando de boa saúde e bem-estar exige um esforço pessoal durante toda a vida e uma condição em que essa situação possa ter êxito. Assim sendo, as pessoas têm como responsabilidade cultivar um estilo de vida saudável; já o compromisso dos governos diz respeito à criação de um ambiente favorável à saúde e ao bem-estar durante todas as fases da vida humana.

Registre-se que, em praticamente todas as partes do mundo, ocorre uma transição epidemiológica, em que deixam de predominar moléstias infecciosas e parasitárias, passando a prevalecer as doenças crônicas e degenerativas. Consequentemente, a necessidade de cuidados terapêuticos de uma determinada população implica em políticas públicas adequadas, que devem propiciar saúde durante toda a vida, incluindo sua promoção e prevenção das enfermidades, como também a tecnologia de assistência, os mecanismos de reabilitação, os serviços de saúde mental e a introdução de estilos de vida e meio ambiente saudáveis. Certamente, e a realidade tem demonstrado, para manter e melhorar a saúde,

Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2002. p. 72.

11 UNITED NATIONS. **Report of the Second World Assembly on Ageing Madrid, 8-12 abr. 2002**. United Nations, New York, 2002.

exigem-se mais que simples ações que afetem a pessoa individualmente, visto que a saúde é fortemente influenciada por fatores culturais, econômicos, sociais etc.

Um relevante aspecto a ser destacado no âmbito da saúde é a *interdisciplinaridade*, pois esta é proclamada como um método e uma prática para a produção de conhecimento, bem como ela é utilizada de modo integrante na explicação e solução dos complexos problemas de saúde ambiental e de desenvolvimento. Outrossim, essa questão é requerida para a saúde devido ao fato de possuir um campo de problematização que induz processos de internalização de determinados princípios, valores e saberes advindos de várias disciplinas que lhes dão sustentação, tais como a epidemiologia, a clínica, a sociologia, a antropologia, a política, a economia, entre outras.

Portanto, todo esse processo tem como consequência a construção de vários campos específicos e métodos de análise, como também a organização de novos instrumentos práticos para normatizar e planejar o desenvolvimento de políticas públicas destinadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde¹²; assim, a articulação dos diferentes saberes populares e técnico-científicos possibilita a construção de uma nova perspectiva para a vida humana e para o modelo de desenvolvimento social, com base na saúde e nos ambientes saudáveis, favorecendo a vida humana em sua totalidade.

Nesse contexto, cumpre ressaltar que a concepção de saúde, que teve início no Movimento Sanitário e chegou até mesmo a extrapolar os limites dos saberes e práticas médicas¹³, trouxe alguns processos sociais para o interior do entendimento da produção

12 AUGUSTO, L.G.S., 2004, p. 99.

13 Neste sentido, Cf. COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. **A saúde como direito e como serviço**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002. Passim.

social da saúde e da doença; sendo que uma teoria como essa deveria ser construída para todo o campo da saúde, incorporando todos os mecanismos sociais pelos quais se geram saúde e doença. Então, tal proposta funcionaria como padrão orientador das práticas sanitárias, não sendo construída apenas com base em uma ação centrada no social ou na epidemiologia, mas no uso diversificado de distintos saberes. Para explicar uma teoria sobre a produção de saúde, Campos¹⁴ identifica os seguintes modos básicos:

Transformações econômicas, sociais e políticas, resultando em padrões saudáveis de existência, dificultando o surgimento de enfermidades. [...]; vigilância à saúde voltada para a promoção e prevenção de enfermidade e morte; clínica e reabilitação em que se realizam práticas de assistência e de cuidados individuais de saúde; e atendimento de urgência e de emergência, em que práticas de intervenção imediata, em situações limites, evitam morte e sofrimento.

Em articulação com o que foi exposto, observa-se que não há delimitações precisas entre os diferentes modos de produção de saúde, pois todos eles utilizam práticas de promoção e de prevenção, bem como ações clínicas de reabilitação e de cuidado. Porém, o que varia é a ênfase com que são empregados, tendo em vista que a própria clínica utiliza-se principalmente de práticas de atenção ao indivíduo, até mesmo quando, para ganhar em eficácia, necessita introduzir o social, o subjetivo e operar com algumas estratégias de prevenção e de promoção à saúde. De modo igual, é impossível praticar saúde pública sem o auxílio da clínica, pela atenção individual em programas coletivos ou vice-versa. Enfim, o que se está

14 CAMPOS, 2000, p. 227.

salientando é que o objetivo de se produzir saúde seria comum a todas as práticas relativas a essa área e não somente àquelas vinculadas a esfera pública.

Outro aspecto enfatizado por Campos¹⁵, é o reconhecimento da saúde como um “*valor de uso*”, no sentido originalmente atribuído por Marx a esta expressão, ou seja, esse valor sendo entendido como a utilidade que bens ou serviços têm para pessoas concretas vivendo em situações específicas.¹⁶ Logo, a saúde, mesmo quando compreendida como um bem público, ou mesmo, em outros termos, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como ocorre no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca; com efeito, até mesmo neste caso a saúde mantém a particularidade de valor de uso. Ademais, a utilidade de um bem ou serviço não é um dado intrínseco a ele, mas é socialmente construído, sendo, portanto, resultado da ação de distintos atores sociais em direções nem sempre convergentes, marcando cada produto com certo valor de uso.

Finalizando, Campos conclui que o valor da vida varia de acordo com a época, a classe e o contexto social, exteriorizando-se sob a forma de necessidades sociais¹⁷, sendo estas significadas em bens ou serviços a que tal ou qual segmento social atribui alguma utilidade.

15 CAMPOS, 2000, p.228.

16 MARX, Karl. Do Capital, Livro I. In: GIANNOTTI, José Arthur (org.). **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. Trad. José Carlos Bruni; et al. 4.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. p.35-37 e 51.

17 Com relação à noção de saúde como necessidade social, ver o trabalho de Potyara A.P.Pereira sobre necessidades humanas, que foi baseado no livro; “A theory of human need” dos ingleses Len Doyal e Ian Gough. Assim, no Capítulo IV do seu trabalho, a professora acima citada destaca a saúde como uma necessidade humana básica. PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000. p. 65-86.

Nessa concepção, tanto as equipes de saúde quanto a sociedade deveriam explicitamente cuidar da produção de valores de uso e de sua expressão pública, sob a forma de necessidades sociais. De forma que, equivocam-se aqueles que atribuem exclusivamente ao poder dominante a capacidade de produzir necessidades sociais, haja vista que, por mais poderosos que sejam o Estado e o mercado, dificilmente estas instâncias conseguiriam conhecer plenamente a dinâmica social que resulta na construção dessas necessidades. Mas, lamentavelmente, os valores de uso que informam as necessidades sociais e as decisões práticas, objetivando o “bem-estar dos indivíduos”, são geralmente impostas por meio das pessoas que estão no poder e raramente são discutidas em espaços públicos. E, em consequência disso, são observados entraves na formação da capacidade crítica dos indivíduos, levando-os a grandes dificuldades na superação de constrangimentos arbitrários à sua liberdade.

Assim, com base no que foi explanado, entendemos que caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, a faculdade de construir seus projetos e viabilizar os meios adequados para levá-los à prática¹⁸, sempre buscando a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades sociais. Portanto, nesse campo, ainda há muito a se fazer, pois é preciso investir não somente na dimensão corporal dos indivíduos, mas também pensá-los como cidadãos de direito e possuidores de uma capacidade autônoma de reflexão e de eleição, com relação aos modos de levar a vida. Ademais, a participação na administração das relações entre desejos, interesses e necessidades sociais é imprescindível para a construção de sujeitos saudáveis.

18 Veja-se como exemplo desse tipo de perspectiva a proposta *Gurvitchiana* de construção de um direito social como uma espécie de autorregulamentação comunitária, vide o Capítulo Primeiro deste trabalho, bem como as notas 22, 23 e 24.

Hodiernamente, são enfatizados determinados estilos de vida, como a atividade física e a alimentação saudável, sendo tais comportamentos considerados caminhos para se alcançar uma longevidade com boas condições de saúde. Nesse ótica, Gilles Lipovetsky¹⁹, em seu estudo sobre a “*sociedade contemporânea*”, apresenta um indivíduo “*hipermoderno*” com comportamentos voltados para o cuidado com o corpo através da higiene e saúde, seguindo as orientações médicas e sanitárias, sempre em busca de uma melhor qualidade de vida; com efeito, tais atitudes são frequentes na época atual, tornando-se uma preocupação presente para um número considerável de pessoas. Além disso, para esse autor, o indivíduo “*hipermoderno*” desempenha muitas atividades, mas também é igualmente prudente, afetivo e relacional, visto que a aceleração dos ritmos não aboliu a sensibilidade em relação ao outro, nem os aspectos qualitativos, tampouco as opiniões de uma vida equilibrada, com observância aos valores éticos e aos sentimentos.

Para uma melhor compreensão da expressão “indivíduo hipermoderno”, utilizada por Lipovetsky, iremos fazer uma breve explanação relacionada com as definições relativas à *Modernidade* e à *Pós-Modernidade*. A propósito, no que diz respeito ao que vem a ser Modernidade, já fizemos no início do primeiro Capítulo algumas considerações; contudo, restringimo-nos a determinados elementos da Sociedade Moderna que estão mais relacionados com a temática central desta obra.

A Modernidade, cuja presença é primordial em nossas ideias e práticas, há mais de três séculos, ainda está em discussão nos dias atuais. David Harvey²⁰, ao analisar essa matéria, destaca a

19 LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004a. p. 55.

20 HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens**

conjugação entre o efêmero e fugidio e o eterno e imutável. Assim, no entendimento desse autor, a história do Modernismo como movimento estético tem variado de um lado para o outro dessa dupla formulação, às vezes dando a impressão de poder, já em outras situações, voltando-se em direção inversa. Logo, para esse autor, o Modernismo é uma:

[...] resposta estética as condições de modernidade produzidas por um processo particular de modernização. Em consequência, uma interpretação adequada da ascensão do pós-modernismo tem de se haver com a natureza da modernização. Somente assim poderá ela ser capaz de julgar se o pós-modernismo é uma reação diferente a um processo imutável de modernização ou pressagia ou reflete uma mudança radical da natureza da própria modernização, rumo a, por exemplo, algum tipo de sociedade 'pós-industrial' ou mesmo 'pós-capitalista'.

Na concepção de *Krishan Kumar*²¹, as palavras “*Modernidade*” e “*Modernismo*” eventualmente são utilizadas uma pela outra, mas com frequência recebem significados diferentes. Então, na compreensão desse autor, *Modernidade* é uma designação abrangente das mudanças intelectuais, sociais e políticas que criaram o mundo moderno; já o *Modernismo* seria um movimento cultural que surgiu no Ocidente em fins do século XIX, constituindo, em certos aspectos, uma reação crítica à Modernidade. Dessa maneira, *Kumar*

na mudança cultural. Trad. Adail Ubirajara Sobral; Maria Stela Gonçalves. 12. ed. São Paulo: Loyola, 2003. p.97.

21 KUMAR, Krishan. **Da sociedade pós-industrial à pós-moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo**. Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p.78.

entende que as duas expressões, mesmo tendo sentidos distintos, estão ligadas; e nem sempre é possível ser plenamente coerente mantendo-as separadas, tendo em vista que, em parte, não há consenso sobre seus significados; sendo que essas considerações também são válidas e aplicáveis aos termos “*Pós-Modernidade*” e “*Pós-Modernismo*”. Certamente, tal como o Pós-Industrialismo e o Pós-Fordismo, o Pós-Modernismo é basicamente um “conceito de contrastes”, pois extrai seu significado tanto do que exclui ou alega substituir, quanto do que inclui ou afirma em sentido positivo.

Diante do que foi apresentado, percebemos que para a *Modernidade* é possível estabelecer uma distinção entre “*Modernidade*” e “*Modernismo*”, ou seja, é admissível elaborar um conceito de *Modernidade* no âmbito político ou ideológico, por um lado, e no campo cultural e estético, por outro. Porém, o mesmo entendimento não se aplica à ideia de *Pós-Modernidade*, haja vista que nesta situação não há uma tradição de uso a que possamos recorrer para diferenciar de forma pertinente “*Pós-Modernidade*” e “*Pós-Modernismo*”.²² Além do mais, ambos os termos são utilizados mais ou menos um pelo outro; mas admite-se, por analogia com a *Modernidade*, vincular *Pós-Modernidade* para o conceito social e político mais geral; e *Pós-Modernismo* para seu equivalente cultural.²³ Contudo, essa afirmativa vai contra a compreensão dominante, que se recusa a fazer uma distinção clara entre tais expressões, pois a ideia mais frequente de *Pós-Modernidade* diz respeito a neutralização das fronteiras entre os campos político, econômico, social e cultural.

22 KUMAR, 1997, p. 112-113.

23 Veja-se como exemplo desse tipo de abordagem o estudo de *Hassan apud Harvey*, que faz diferenças esquemáticas entre *Modernismo* e *Pós-Modernismo*. Tal estudo estabelece uma série de oposições estilísticas para melhor entender as maneiras pelas quais o *Pós-Modernismo* poderia ser retratado como uma reação ao *Modernismo*. HARVEY, 2003, p.48.

Sem embargo, o Modernismo é, antes de mais nada, um estilo, uma linguagem, um sistema de signos com suas significações; de modo que este termo expressaria um fato (por exemplo: a *Semana de Arte Moderna* de 1922; o *Surrealismo*; entre outros), enquanto que a Modernidade seria a reflexão sobre o fato, que envolve também a crítica, a interrogação e a dúvida. Portanto, por ser um processo de descoberta, a Modernidade é uma ação, tendo um ponto de partida e um programa de trabalho; sendo que seu marco de chegada é incerto e não sabido, bem como o seu percurso não resulta do projeto individual, mas do somatório de vários.

Em uma relevante teorização, cujas principais linhas reúnem ideias com as quais concordamos, Giddens²⁴ afirma, com relação às descontinuidades da Modernidade, que:

A idéia de que a história humana é marcada por certas ‘descontinuidades’ e não tem uma forma homogênea de desenvolvimento é obviamente familiar e tem sido enfatizada em muitas versões do marxismo. Meu uso do termo não tem conexão particular com o materialismo histórico, contudo, e não está dirigido para a caracterização da história humana como um todo. Existem, indiscutivelmente, descontinuidades em várias fases do desenvolvimento histórico – como, por exemplo, nos pontos de transição entre sociedades tribais e a emergência de estados agrários. Não estou preocupado com estas. O que quero sublinhar é aquela descontinuidade específica, ou o conjunto de descontinuidades, associada ao período moderno. Os modos de vida produzidos pela modernidade nos desvencilharam de todos

24 GIDDENS, 1991, p.13-14.

os tipos tradicionais de ordem social, de uma maneira que não tem precedentes. Tanto em sua extensionalidade quanto em sua intencionalidade, as transformações envolvidas na modernidade são mais profundas que a maioria dos tipos de mudança características dos períodos precedentes. Sobre o plano extensional, elas serviram para estabelecer formas de interconexão social que cobrem o globo; em termos intencionais, elas vieram a alterar algumas das mais íntimas e pessoais características de nossa existência cotidiana [...].

Nessa exposição, as *Sociedades Modernas* são exteriorizadas por mudanças constantes, rápidas e permanentes, sendo esse aspecto a principal distinção entre tais sociedades e as denominadas “*tradicionais*”. Por outro lado, a Modernidade, diferentemente, não é definida apenas como a experiência de convivência com a mudança rápida, ampla e contínua, mas sim é uma forma reflexiva²⁵ de vida. Em suma, observamos que as sociedades da Modernidade contemporânea, ou mesmo da Pós-Modernidade, são caracterizadas pela presença de diversas divisões e antagonismos sociais que levam a produção de vários tipos de sujeitos, ou seja, possibilitam a construção de diferentes identidades para os indivíduos, exteriorizando um verdadeiro processo de fragmentação de identidades.²⁶

25 Encontramos esse tipo de perspectiva em grande parte no estudo do Giddens, quando afirma que: “Há um sentido no qual a reflexividade é uma característica definidora de toda ação humana. Todos os seres humanos rotineiramente ‘se mantêm em contato com as bases do que fazem [...]’. A reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformuladas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas alterando assim constitutivamente seu caráter”. GIDDENS, 1991, p. 43-45.

26 HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz

Do ponto de vista conceitual, uma vigorosa defesa da Modernidade e uma forte rejeição da Pós-Modernidade são encontradas em *Berman*²⁷, quando esclarece que:

Existe um tipo de experiência vital – experiência de tempo e espaço, de si mesmo e dos outros, das possibilidades e perigos da vida – que é compartilhada por homens e mulheres em todo o mundo, hoje. Designarei esse conjunto de experiências como ‘modernidade’. Ser moderno é encontrar-se em um ambiente que promete aventura, poder, alegria, crescimento, autotransformação e transformação das coisas em redor – mas ao mesmo tempo ameaça destruir tudo o que temos, tudo o que sabemos, tudo o que somos. A experiência ambiental da modernidade anula todas as fronteiras geográficas e raciais, de classe e nacionalidade, de religião e ideologia: nesse sentido, pode-se dizer que a modernidade une a espécie humana. Porém, é uma unidade paradoxal, uma unidade de desunidade: ela nos despeja a todos, num turbilhão de permanente desintegração e mudança, de luta e contradição, de ambigüidade e angústia. Ser moderno é fazer parte de um universo no qual, como disse Marx, ‘tudo o que é sólido se desmancha no ar’.

Tadeu da Silva; Guacira Lopes Louro. 8.ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2003. p.14-15.

27 BERMAN, Marshall. **Tudo que é sólido desmancha no ar**: a aventura da modernidade. Trad. Carlos Felipe Moisés; Ana Maria L. Ioriatti. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.p.15.

Ainda no âmbito da Sociedade Moderna, *Lipovetsky* sempre teve uma grande preocupação em explorar minuciosamente os aspectos relacionados com o indivíduo contemporâneo, tais como a moda²⁸, as mudanças na ética, as alterações da sociedade de consumo etc. Ressalte-se que esse autor teve como fonte inspiradora *Aléxis de Tocqueville*, que destacou-se por ter sido o primeiro a diagnosticar o aparecimento de indivíduos preocupados com a própria felicidade, como também a se dedicar a temas como democracia, liberdade, igualdade, tipo ideal de sociedade democrática, entre outros.²⁹ Logo, para *Tocqueville*, nas sociedades igualitárias que pretendiam autogovernar-se, havia a necessidade de uma disciplina moral inscrita na consciência individual; conseqüentemente, era preciso que os cidadãos se sujeitassem interiormente a uma disciplina que não fosse apenas imposta pelo medo da punição.

Contudo, entendemos que a Modernidade não conseguiu concretizar os ideais do Iluminismo, bem como, ao invés de investir em um trabalho de libertação, deu espaço a uma proposta de subjugação burocrática e disciplinar sobre as pessoas. Nesse sentido, *Michel Foucault*³⁰ sempre questionou esse aspecto da Modernidade, destacando o “*poder disciplinar*”, cujo objetivo é mais controlar do

28 Sobre a *moda*, *Lipovetsky* explica especificamente o que é o fenômeno da moda e o que permite a passagem das sociedades fechadas para as sociedades abertas. LIPOVETSKY, Gilles. **O império do efêmero**: a moda e seu destino nas sociedades modernas. Trad. Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

29 TOQUEVILLE, Aléxis de. **A democracia na América**. v.2. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 150-157; v.tb. CHARLES, Sébastien. O individualismo paradoxal: introdução ao pensamento de Gilles Lipovetsky. In. LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004a. p.15-16; ARON, Raymond. **As etapas do pensamento filosófico**. Trad. Sérgio Bath. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p.337 e 360.

30 FOUCAULT, 2004a, p. 153 e 173.

que libertar os homens; com efeito, para esse autor, a disciplina é uma das principais tecnologias das Sociedades Modernas, sendo elas definidas como “poder da norma”. Ademais, *Foucault* enfatiza que: “[...] a extensão progressiva dos dispositivos de disciplina ao longo dos séculos XVII e XVIII, sua multiplicação através de todo o corpo social, levaria a formação do que se poderia chamar grosso modo de sociedade disciplinar”.

Outrossim, é relevante salientar que na mesma época em que *Foucault* fazia das disciplinas o princípio da expressão da realidade das *Sociedades Modernas*, *Lipovetsky*³¹ declarava que estávamos entrando em uma *Sociedade Pós-Disciplinar*, chamando-a de *Pós-Modernidade*; sendo este período marcado por uma crise referencial, que nos retiraria do controle disciplinar moderno descrito por *Foucault*. Nessa mesma linha de pensamento, *Sébastien Charles*³², que acompanha a concepção suscitada por *Lipovetsky*, propõe uma compreensão da Pós-Modernidade de uma forma paradoxal, pois nela estariam presentes duas lógicas: uma que valoriza a autonomia e outra que intensifica a independência. De fato, em decorrência das alterações sociais, os indivíduos, no contexto Pós-Disciplinar, têm a opção de assumir responsabilidade ou não, de autocontrolar-se ou deixar-se levar; como é o caso da alimentação e dos comportamentos individuais voltados para uma vida mais saudável e de melhor qualidade.

Então, é nesse ângulo que *Lipovetsky*³³ apresenta uma descrição mais flexível de nossas sociedades, objetivando uma melhor compreensão do fenômeno da Pós- Modernidade e asseverando o

31 LIPOVETSKY, Gilles. **A era do vazio**. Trad. Miguel Serras Pereira; Ana Luisa Faria. Lisboa: Relógio D'água, 1990. p. 18-23.

32 CHARLES, S., 2004a, p.21.

33 LIPOVETSKY, 2004a, p. 56; LIPOVETSKY, Gilles. **Metamorfoses da cultura: ética, mídia e empresa**. Trad. Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2004b. p. 12.

hiperindividualismo com suas novas normas sociais. Mas, registre-se que, no período clássico, o aparecimento do individualismo aconteceu no mesmo momento em que foi evidenciado a ampliação do poder estatal, o que levou à autonomização dos indivíduos a ser mais formal que material. Assim, a Pós-Modernidade expressa o momento histórico em que as resistências institucionais, que criam obstáculos à emancipação individual, desaparecem, dando oportunidade à exteriorização dos desejos subjetivos e da concretização individual; por conseguinte, observa-se a diminuição do poder das grandes estruturas socializantes, como também as tradicionais ideologias e os projetos históricos já não estão mais em plena expansão.

Com efeito, surge uma nova sociedade voltada para as novidades que o presente traz, sendo caracterizada por uma lógica da sedução, onde a hedonização da vida seria possível às várias camadas sociais que se preocupam com o gosto pelas novidades e pelo culto ao desenvolvimento pessoal, expressando uma ideologia individualista hedonista. Certamente, é o aparecimento do modelo de Sociedade Pós-Moderna descrita por *Lipovetsky*³⁴ que explica melhor a análise social por meio da sedução, em vez de explicações baseadas em noções de alienação ou de disciplina, não havendo mais padrões prescritos por grupos sociais e sim por comportamentos individuais em que há a exaltação dos desejos, do ego e do bem-estar.

Por outro lado, *Charles*³⁵ assinala uma terceira fase da *Modernidade*, que se segue a *Pós-Modernidade*, denominando-a de *Hipermodernidade*, sendo “uma sociedade liberal, caracterizada pelo movimento, pela fluidez, pela flexibilidade; indiferente como nunca foi aos grandes princípios estruturantes da modernidade,

34 LIPOVETSKY, 1990, p. 22-23.

35 CHARLES, S., 2004a, p. 25-26.

que precisaram adaptar-se ao ritmo hipermoderno para não desaparecer”. Em seguida, esse autor destaca que: “a era hipermoderna produz num só movimento a ordem e a desordem, a independência e a dependência subjetiva, a moderação e a imoderação”. Além disso, trata-se de uma fase da Modernidade que ultrapassa o aspecto ideológico-político, haja vista que ela vem através da tecnologia, da mídia, da economia, do urbanismo e do consumo; então, a Modernidade era negadora, enquanto a Hipermodernidade seria integradora, pois não há mais a destruição do passado, mas sim sua reformulação no âmbito das atuais lógicas do mercado, do consumo e da individualidade.

Em resumo, a Hipermodernidade é autorreflexiva, individualística, emocional e identitária, seguindo próxima a conscientização dos indivíduos e sendo revolucionária nos campos técnico e científico. Contudo, é importante ressaltar que a concepção da Sociedade Hipermoderna não é a mesma que a da Pós-Moderna, visto que o termo Pós-Modernidade³⁶ é uma linha de pensamento que questiona as noções clássicas de verdade, razão, identidade, objetividade, a ideia de progresso, os sistemas únicos, as grandes narrativas, entre outras.³⁷ Portanto, contrariando a essas normas

36 Veja-se como exemplo desse tipo de abordagem o estudo de *Hassan apud Harvey*, que faz diferenças esquemáticas entre Modernismo e Pós-Modernismo. Tal análise comparativa estabelece uma série de oposições estilísticas para melhor entender as maneiras pelas quais o Pós-Modernismo poderia ser retratado como uma reação ao Modernismo. HARVEY, 2003, p.45

37 Nesse sentido, Cf. LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. Trad. Ricardo Corrêa Barbosa. 7.ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 2002; LYON, David. **Pós-modernidade**. Trad. Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Paulus, 1998; Sobre a *Teoria da Pós-Modernidade*, Charles Jenks, em 15 de julho de 1972 afirmou que os novos tempos pós-modernos começaram quando o grande conjunto habitacional de *Pruitt-Igoe* em *St-Louis*, nos EUA, foi dinamitado após ter sido julgado inabitável. Tratava-se do projeto de *Le*

do Iluminismo, a Pós-Modernidade vê o mundo como contingente, diverso, instável, imprevisível etc. Nessa perspectiva, lembramos o estudo de *Harvey*³⁸ sobre a passagem da Modernidade a uma condição Pós-Moderna, enfatizando os aspectos histórico e cultural, bem como de tempo e espaço.

Já no entendimento de *Kumar*³⁹, o termo Pós-Modernidade cria mais problemas do que resolve. De modo que surgem inúmeras discussões com relação a tal expressão, pois é um conceito onde tudo cabe, sendo tão vago e geral que se torna vazio; ou será que é a descrição de uma nova situação da sociedade, ou um estado das coisas “após” ou “além” da Modernidade, ou uma forma de reflexão sobre a Modernidade, ou mesmo um modo de relacionar-se com as condições modernas e suas consequências?

Uma outra vertente, defendida por *Lipovetsky*⁴⁰, esclarece que o termo *Pós-Modernidade* traz uma certa ambiguidade, para não dizer vaguidade, como também o pós de Pós-Moderno indicava um olhar para um passado que havia chegado ao fim, como já observamos antes. Assim, na concepção desse autor, a Pós-Modernidade não pode ser uma Hipermodernidade, tendo em vista que tudo se passa como se tivéssemos ido da época do pós para a era do hiper; então, a Pós-Modernidade não terá sido mais que um estágio de transição, um momento de curta duração, que já não é o nosso.

Corbusier, onde tudo era racionalidade e funcionalidade; sendo que a implosão deste conjunto significava também o desmoronamento de uma série de proposições que davam sustentação a esse tipo de projeto arquitetônico; HARVEY, 2003, p.48.

38 HARVEY, 2003, p.21, 187 e 293.

39 KUMAR, 1997, p. 147 e 182.

40 LIPOVETSKY, 2004a, p. 52-53 e 56-58.

Após essas reflexões, compreendemos que o importante é perceber até que ponto as ideias de Modernidade e de Pós-Modernidade, ou mesmo Hipermodernidade, são pertinentes; além do mais, devemos pensar a Pós-Modernidade como algo que advém de uma crise paradigmática da Modernidade, de maneira que a discussão sobre tais temas sejam possibilidades de saída. Enfim, o estudo da Modernidade e da Pós-Modernidade é de extrema relevância, pois nos norteará para uma melhor compreensão do futuro da sociedade contemporânea.

Em última análise, cumpre destacar que o processo de racionalização descrito por Weber⁴¹ alcança uma nova dimensão ao generalizar-se às práticas mais cotidianas. Realmente, em poucos decênios o homem vulgar transformou-se em um homem científico, que lança cada vez mais um olhar crítico sobre os vários setores da sua vida pessoal, haja vista que a sociedade tornou-se um enorme laboratório. Ademais, a escola e as diferentes instituições, com seu caráter universalista e disciplinar, não respondem mais às novas exigências de saber que partem do próprio indivíduo, que está cada vez melhor informado, por meio de fontes que dão ênfase a uma reflexão alimentada de ciências humanas, quanto ao relacional, à comunicação e ao familiar; e de ciências da natureza, quanto à saúde e aos cuidados corporais.

Logo, é nessa realidade que os indivíduos renunciam às satisfações imediatas, corrigindo e reorientando seus comportamentos cotidianos, pois a medicina, não mais se contentando em tratar os doentes, intervém antes do surgimento dos sintomas, informando sobre os riscos em que se incorre; bem como estimulando o monitoramento da saúde, através de exames clínicos, da vigilância

41 WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. In: GERTH, H.; MILLS, C.W. (orgs.). Biblioteca de ciências sociais. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. p. 277-282.

higienista e da modificação dos estilos de vida. Nesse sentido, afirma Lipovetsky⁴² que:

A época é do risco zero, da proteção total das vidas e da saúde, da exigência de prudência preventiva, chamada hoje de 'princípio da precaução'. Essa nova exigência típica do individualismo pós-moderno não é uma esquisitice passageira. Penetra profundamente na nossa cultura moderna, que, em essência, é uma cultura prometeica.

Realmente, nos dias de hoje, a normalização médica chega cada vez mais aos territórios do campo social, e assim a saúde vai se tornando uma preocupação frequente para um número crescente de indivíduos de todas as idades, norteados pela ideologia da longevidade, já que a saúde figura entre os maiores valores da vida do ser humano, implicando diretamente na qualidade de vida das pessoas.

Finalizamos essa abordagem, alertando para o fato de que a crescente necessidade de cuidados e tratamento de uma população exige políticas públicas adequadas, que devem propiciar saúde durante toda a vida, incluindo sua promoção e prevenção das doenças. Ademais, o desenvolvimento das ciências médica e biológica nos últimos anos, como também o acesso às novidades tecnológicas, vêm possibilitando inúmeros avanços na esfera da saúde, destacando-se uma melhor aplicação da medicina preventiva; a evolução dos métodos diagnósticos; a utilização da informática na criação de instrumentos cirúrgicos; a inserção de recursos digitais nas cirurgias; descobertas de outros medicamentos; o *desenvolvimento e aprimoramento das técnicas de transplantes*; entre outras inovações. Enfim, tudo isso tendo em vista uma efetiva humanização da saúde.

42 LIPOVETSKY, 2004b, p. 51.

O Cenário dos *Transplantes de órgãos* no Brasil

Os avanços tecnológico e científico, sempre buscando o aperfeiçoamento e a melhoria das condições de saúde do ser humano, remetem-nos a um novo patamar da ciência médica, representado pela rotinização dos *transplantes de órgãos*, abrindo assim novos horizontes de possibilidades terapêuticas para determinadas doenças. Sem dúvida, tal evento representa uma fantástica proeza da espécie humana em sua constante procura de uma melhor qualidade de vida para as pessoas.⁴³ Mas, não obstante a esse progresso

43 Veja-se como exemplo desse tipo de procedimento a recente intervenção realizada pelo cirurgião francês *Jean-Michel Dubernard*, formado na Escola de Medicina de Harvard, sendo atualmente um dos maiores especialistas em transplantes na França. Em 27 de novembro de 2005, no hospital de Amiens, no norte da França, *Dubernard* e outros 19 cirurgiões realizaram um transplante na francesa *Isabelle Dinoire*, de 38 anos, após ter seu rosto dilacerado pela mordida de seu cão labrador. A francesa recebeu queixo, nariz e boca de uma doadora – também francesa de 38 anos, que havia cometido suicídio por enforcamento. Segundo o cirurgião francês, não havia outro recurso para reconstituir a aparência de *Isabelle*; sendo que a cirurgia foi um sucesso, no dia 06 de fevereiro de 2006, a jovem mulher mostrou ao mundo, através da mídia, seu novo rosto. CRAVEIRO, Rodrigo, Cirurgião francês que comandou inédita operação de transplante facial prevê disseminação da técnica. **Correio Braziliense**, Brasília, DF, 12 fev. 2006. Folha Mundo, p.28. Outro fato ocorrido que revela o intenso avanço no campo dos transplantes aconteceu no dia 20 de fevereiro de 2006, quando cirurgiões de um hospital de Londres conseguiram fazer o coração de uma menina britânica de 12 anos voltar a funcionar após o órgão ter ficado inativo por dez anos; neste período, a criança sobreviveu graças a um implante de coração, tudo isso de acordo com informações da rede “BBC” de Londres. Na operação pioneira no *Reino Unido*, os cirurgiões conseguiram recuperar as funções do coração de *Hannah Clark*, de *Gales*, que nunca havia sido retirado do corpo da criança. *Hannah* esta tendo uma boa recuperação após a cirurgia, que aconteceu no dia 20 de fevereiro de 2006, no Hospital Great Ormond Street, em *Londres*, depois que seu organismo rejeitou o órgão transplantado. A criança teve que passar por um transplante de coração há dez

na área científica e tecnológica, surgiu a dificuldade, que ainda permanece, com relação à doação de órgãos, haja vista que se fez necessário implantar toda uma filosofia sobre o ato de doar órgãos, visando motivar e movimentar pessoas com este objetivo; ou seja, deve ser construída, cultivada e adotada, de maneira permanente e progressiva, toda uma estrutura de pensamento no intuito de despertar nosso semelhante para tal possibilidade. Além do mais, já se disse que “na natureza nada se cria e nada se perde, tudo se transforma”; e por que não transformar a dor irreparável da perda de um ser em uma nova vida para outrem?

Mais de quarenta anos já se decorreram desde que tiveram início, no Brasil, a era da tecnologia dos transplantes de órgãos; tendo este procedimento salvo muitas vidas, pois vem evoluindo bastante nesse intervalo de tempo, surgindo vários centros de referência, com uma constante atualização técnica de seus profissionais. De fato, em nosso país, os resultados obtidos com essa técnica cirúrgica, são equiparados aos melhores centros do mundo; contudo,

anos porque tinha cardiomiopatia; nesta época, os médicos decidiram deixar seu coração inativo e transplantar o órgão de um doador, que funcionou perfeitamente até novembro de 2005, quando num exame de rotina os médicos detectaram que o corpo da criança tinha começado a rejeitar o órgão. O Dr. *Magdi Yacoub*, que fez o transplante original quando a menina tinha dois anos, assessorou os cirurgiões que realizaram a operação. Esse médico declarou à “BBC” de Londres que: “Havia uma possibilidade remota que seu coração voltasse a funcionar, portanto se tentou e funcionou. É realmente maravilhoso [...] Agora é uma menina feliz, com seu próprio coração, que funciona normalmente. Todas as complicações foram eliminadas. A história teve um final feliz”. O Professor *Peter Weissberg*, diretor-médico da Fundação Britânica do Coração, descreveu a operação “como um evento apaixonante e importante”. CIÊNCIA e meio-ambiente. Coração da menina volta a funcionar após dez anos parado. **Jornal o Estado de São Paulo**/Jornal da Tarde – edições eletrônicas, 13 abr. 2006. Disponível em: <<http://forum.estadao.com.br/forum/materia/prepare>> Acesso em: 15 abr. 2006.

um aspecto dessa área, que é ligado à ação dos poderes governamentais, destoava esse conceito, tendo em vista que a política de captação e distribuição de órgãos para a finalidade de transplantação ficou com uma velocidade de aprimoramento bem atrás da atividade clínico-cirúrgica, isso há alguns anos. Porém, atualmente essa situação vem melhorando, especialmente por meio de uma atuação eficiente do Sistema Nacional de Transplantes e de outras instituições correlacionadas, todas ligadas ao Ministério da Saúde, como veremos posteriormente.

Indiscutivelmente, o desenvolvimento dos transplantes e sua aplicação no tratamento das moléstias terminais de alguns órgãos converteram-se em um dos capítulos de maior êxito na história da medicina, pois, em aproximadamente cinco décadas, essa cirurgia evoluiu de um procedimento relativamente arriscado, realizado apenas em pacientes com doença renal crônica em estágio final, para uma intervenção terapêutica eficaz em doentes com enfermidades terminais do coração, fígado e pulmão. Nesse contexto, ressaltamos que os recentes progressos no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos, além da introdução de drogas imunossupressoras mais modernas, vieram a contribuir para melhorar os resultados dos transplantes.

No caso específico dos pacientes renais crônicos, o transplante oferece a melhor oportunidade de sobrevida, a longo prazo, e de reabilitação, com menor custo social que a hemodiálise⁴⁴; sendo que, para aqueles enfermos com cardiopatia, hepatopatia ou pneumonia terminal, tal procedimento é de maior valor, por ser a única opção terapêutica capaz de evitar a morte certa, em poucos meses,

44 SCHNUELLE, P; LORENZ, D. ; TREDE, M; et al. Impact of cadaveric transplantation on survival in end-stage renal failure: evidence for reduced mortality risk compared with hemodialysis during long-term follow-up. *J. Am. Soc. Nephrol.*, v.9, p. 2.135 – 2.141, 1998.

oferecendo a expectativa de uma nova vida. Assim, devido a esse grande êxito, as indicações para transplante de órgãos sólidos estão se tornando cada vez mais liberais, aceitando-se, inclusive, pacientes idosos ou com doenças sistêmicas associadas, levando, consequentemente, a uma expansão no número de potenciais receptores. Portanto, estima-se que anualmente, em todo o mundo, em torno de 500 mil pessoas desenvolvam insuficiência renal crônica, 300 mil insuficiência cardíaca e 200 mil insuficiência hepática, provocando uma demanda, apenas destes órgãos, de um milhão de transplantes por ano.⁴⁵

A principal característica do transplante que o distingue de outras cirurgias, convertendo-o em uma terapêutica única, é a necessidade da utilização de um órgão ou tecido proveniente de um doador vivo ou *post mortem*; mas, na presente época, a captação de órgãos provenientes de cadáveres ainda não atende à demanda na quase totalidade dos países que realizam transplantes. De forma que é verificada uma grande limitação ao transplante com doações *post mortem*, visto que apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem pode converter-se em efetivos doadores de órgãos; sendo isso explicado devido ao fato de que a retirada de órgãos, na grande maioria dos casos, só é possível em pacientes com morte encefálica, ou seja, em pacientes que apresentam destruição completa e irreversível do cérebro, mas que mantêm, temporária e artificialmente, os batimentos cardíacos, a respiração e a circulação sanguínea.⁴⁶

45 GARCIA, V.D.; ABRAHÃO, M.R.C.; HOEFELMANN, N. Procura de órgãos. In: NEUMANN, J.; ABBUD FILHO, M. ; GARCIA, V. D. (orgs.). **Transplantes de Órgãos e Tecidos**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 91-102.

46 Nesse sentido, estima-se que somente 1% a 4% das pessoas que morrem em hospital e de 10% a 15% daquelas que morrem em unidades de terapias intensivas apresentem o quadro de morte encefálica, sendo, portanto, potenciais doadores. Cf.GORE, S.M.; CABLE, D.J.; HOLLAND, A. J. Organ donation

O processo de obtenção de órgãos para transplante é bastante complexo, iniciando-se com os médicos intensivistas ou assistentes que, juntamente com os membros das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes, identificam os potenciais doadores⁴⁷, diagnosticam a declaração de morte encefálica, notificam a família e fazem a comunicação a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) da respectiva região; continuando com a entrevista, em que se solicita o consentimento para a remoção dos órgãos e tecidos, bem como são avaliadas as condições clínicas do potencial doador e a viabilidade dos órgãos a serem extraídos; e terminando, após a remoção e distribuição dos órgãos e tecidos, com o acompanhamento dos resultados.

Certamente, em decorrência do restrito número de casos de morte encefálica e do complexo processo de obtenção de órgãos, o número insuficiente de doadores para atender ao aumento da demanda de pacientes em lista de espera passou a ser o maior entrave para a realização de transplantes. Desse modo, a ausência de órgãos reflete não apenas a falta de potenciais doadores, mas também, e principalmente, a dificuldade em convertê-los em doadores; por conseguinte, foi observado um crescente distanciamento entre a procura para o transplante e a disponibilidade de órgãos e

from intensive case units in England and Wales: two year confidential audit of deaths in intensive case. **Br. Med. J.** v. 304. p 349-355, 1992.

47 **Potencial doador** é qualquer pessoa com diagnóstico clínico de morte encefálica, ou com o primeiro teste clínico de morte encefálica, em que contra-indicações médicas, conhecidas previamente, representando potencial risco para o receptor, tenham sido descartadas. Registre-se, que é considerado potencial doador um paciente que evolua para morte encefálica e, na avaliação para a doação, apresente sorologia positiva para HIV ou, na remoção dos órgãos, seja diagnosticada alguma neoplasia. Cf. GARCIA, Valter Duro. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office, 2000. p. 38-39.

tecidos. Logo, esta situação originou a formação do atual Sistema Nacional de Transplantes (SNT), com as respectivas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para cada Estado da federação, objetivando organizar os aspectos anteriormente mencionados, como veremos ainda neste Capítulo.

Os transplantes de órgãos vem evoluindo em vários ângulos, destacando-se a técnica, o combate à rejeição, as variedades de órgãos transplantados e a quantidade de procedimentos. Neste século, o Brasil tem apresentado um crescimento no número de transplantes, haja vista que dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos(ABTO), apontam que nos anos de 2001 e 2002, foram realizados 3.952 e 3.045 transplantes de órgãos (coração, fígado, intestino, pâncreas, pulmão e rim) enquanto foram procedidos 4.996 e 5.866 transplantes de tecidos (pele, ossos e córnea). Com relação aos anos de 2009 e 2010, foram efetivados 6.038 e 6.452 transplantes de órgãos; já no que diz respeito aos transplantes de tecidos, os números foram de 35.246 e 36.461, respectivamente. Logo, considerando a evolução anual dos transplantes de órgãos (por milhão de habitantes), houve um aumento de: 23.0(2001) e 23.4(2002) para 31.8(2009) e 33.5(2010). Já no que se refere aos transplantes de tecidos, houve uma elevação de 29.0(2001) e 33.6(2002), para 185.6(2009) e 190.1(2010), respectivamente. Quanto as doações de órgãos e tecidos, a ABTO também divulgou números positivos, com um aumento de 26% de 2008 para 2009, isso a partir de doadores efetivos de órgãos - cujas doações resultaram em transplantes.⁴⁸

48 ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)**. São Paulo. ano XVII, n.2, p. 3, 7 e 19, jan./jun. 2011; BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**: Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF, 2005a. p. 5-6; BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Saúde: **Campanhas de saúde 2007**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/area.cfm?id_area=137> . Acesso em: 05 jun. 2007.

De fato, o Sistema Nacional de Transplantes registrou um aumento no total de procedimentos em praticamente todo o território brasileiro, sendo que tal crescimento é consequência da conscientização da população, da atuação competente das equipes e instituições autorizadas pelo Ministério da Saúde, como também da regulamentação do SNT, fundamentada na lei vigente; ademais, de acordo com a nossa legislação constitucional, todo cidadão tem direito a receber órgãos, em conformidade com a indicação médica, gratuitamente; sendo que o SUS garante a assistência durante toda a vida do paciente transplantado, fornecendo, inclusive, os medicamentos (imunossupressores) necessários para evitar a rejeição.⁴⁹ E foi devido a esse considerável crescimento, que o Brasil chegou a ocupar o segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo, tornando-se, assim, uma referência internacional.⁵⁰

49 BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: transplantes**. Brasília, DF, p. 24-25, dez. 2002.

50 Veja-se, como exemplo, o fato ocorrido no dia 24 de outubro de 2004, em que duas equipes do Hospital Santa Paula, na cidade de João Pessoa-PB, realizaram a retirada dos órgãos de C.E.S., de 14 anos, vítima de ruptura de um Aneurisma Cerebral. A doação foi autorizada pelos genitores do paciente, que estava internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deste nosocômio desde o dia 21 de outubro de 2004; sendo que os órgãos captados foram encaminhados para pacientes que integram as listas de espera dos Estados da Paraíba, Pernambuco e Amazonas. De fato, gestos como o da família de C.E.S. contribuem para colocar o Brasil no segundo lugar no mundo em número de transplantes feitos por ano, sendo mais de 90% realizado pelo Serviço Público de Saúde. Cf. CATÃO, Marconi do Ó. **Uma dádiva moderna: transplantes de órgãos inter vivos**. 2008. 437f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2008. p. 331.

Saliente-se que, do total de transplantes feitos no Brasil, 80% são realizados com sucesso; mas, apesar desses dados positivos, o índice de doações de órgãos e tecidos ainda é bastante baixo⁵¹ se confrontado com a demanda. Realmente, segundo dados do Ministério da Saúde, até setembro de 2007 mais de 70 mil pacientes estavam na lista de espera para realizar um transplante.⁵²

A atual lei brasileira sobre transplantes foi criada com a atuação do Ministério da Saúde no sentido de implementar as seguintes medidas: organização do Sistema Nacional de Transplantes (SNT); implantação das listas únicas de receptores; criação das Centrais Estaduais de Transplantes; normatização de atividade; cadastramento e autorização de hospitais transplantadores e equipes especializadas; e estabelecimento dos critérios de financiamento para o setor. Com efeito, reiteramos que a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação Constitucional (art. 5º, *Caput* c/c art. 199, parágrafo 4º da CF/88) e na Legislação Complementar (Lei nº. 9434/97, Decreto nº 2268/97 e Lei nº. 10.211/01), tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência no que diz respeito aos doadores vivos; além disso, estabelece garantias e direitos aos pacientes que necessitam desse procedimento. Por fim,

51 Nesse sentido, Cf. a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, de cada oito potenciais doadores, apenas um é notificado, BRASIL, Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO): Entenda a doação de órgãos e decida-se pela vida. Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, ano XVII, n. 136, p. 11, ago. 2002b.

52 BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes: lista de espera 2006**. CGSNT/DAE/SAS. Brasília, DF.2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/index_gestor.htm>. Acesso em: 15 abr. 2006; BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Saúde: **Campanhas de saúde 2007**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude.cfm?id_area=137>. Acesso em 5 de jun. 2007.

é importante também destacar que toda a política de transplante está em harmonia com as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, que regem o funcionamento do SUS.

Em geral, o Sistema Nacional de Transplantes é hoje em dia reconhecido na sociedade brasileira, tanto pelos pacientes quanto pela comunidade transplantadora; sendo que isto se deve ao grande esforço que o Ministério da Saúde tem empreendido nessa área. Assim, em virtude da regulamentação desse setor, atualmente existem regras claras para a retirada de órgãos, partes e tecidos para o procedimento de transplantes; destacando-se as exigências técnicas quanto aos recursos humanos e materiais para a realização de transplante de cada órgão especificado; entre outros aspectos.

Ademais, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, a implantação, nos Estados da federação, das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, também chamadas de Centrais Estaduais de Transplantes. Na época atual, praticamente todos os Estados e o Distrito Federal já têm central de transplantes. Desde a sua criação (1997), o SNT tem como prioridade evidenciar com transparência todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente à confiabilidade do sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro. Assim, o Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, com 555 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas pelo SNT a realizarem transplantes.⁵³

53 **CRESCE NÚMERO DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS REALIZADOS NO BRASIL.** Teresina, fev. 2010. Disponível em: <http://humanasaude.com.br/novo/noticia_impressao.php?secao=2&i.i...> Acesso em: 28 ago. 2011; v. tb: BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes:** Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF, 2005a, p. 5.

Dessa forma, os transplantes são controlados pelo Poder Público, que credencia tanto as equipes quanto os estabelecimentos; sendo que, as CNCDOs se encarregam de receber os órgãos dos hospitais e fazer com que cheguem aos receptores, por meio de um cadastro único que obedece, além da ordem cronológica de entrada na lista, à compatibilidade anatômica, sanguínea e genética, e também às situações de gravidade clínica.

No ano 2000, foi criada a Central Nacional de Transplantes (CNT), que funciona vinte e quatro horas por dia no aeroporto de Brasília; esta central articula o trabalho das Centrais Estaduais e define os meios para as transferências de órgãos entre os Estados, objetivando contemplar estados de urgência e evitar os desperdícios de órgãos sem condições de aproveitamento na sua origem. Para apoiar as ações da CNT, em 2001 o Ministério da Saúde assinou um Termo de Cooperação com 15 empresas aéreas, o que vem garantindo o transporte gratuito de órgãos e, eventualmente, das equipes médicas de retirada de órgãos e tecidos; de modo igual, foi também criado o Banco de Órgãos e Tecidos, que é responsável pela conservação de órgãos e tecidos para transplantes.⁵⁴ Ainda em 2001, o Ministério da Saúde editou uma portaria regulamentando a Central Nacional de Transplantes, bem como fixando os aspectos relativos à distribuição dos órgãos captados entre os Estados com os correspondentes mecanismos de controle.

De modo sumário, foi estabelecida a regionalização e os critérios para distribuição de órgãos por meio da Central Nacional de Transplantes, sendo estipulados determinados procedimentos a serem cumpridos por esta central e as Centrais Estaduais doadoras e receptoras. Portanto, caso não exista receptor compatível ou possibilidade de realizar o transplante no Estado de origem, os

54 BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: a vida por um órgão. Brasília, DF, dez., 2002a. p. 24-25.

órgãos não aproveitados serão transferidos a outro Estado, sendo que esta transferência obedecerá à regionalização estabelecida e aos critérios de priorização. Então, em conformidade com a normatização instituída, se existe um doador em um determinado Estado será priorizado um receptor de Estados pertencentes a sua correspondente região determinada na portaria. Esta medida tem o objetivo de aproveitar ao máximo os órgãos doados; de maneira que foram definidas quatro regiões para a captação e distribuição de órgãos: Região I (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná); Região II (Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo); Região III (São Paulo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Distrito Federal, Tocantins, Amazonas, Pará, Acre, Roraima, Rondônia e Amapá); Região IV (Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão e Piauí). Mas, além da regionalização, a distribuição de órgãos deverá obedecer aos seguintes critérios de prioridades⁵⁵: pessoas em estado de

55 Existem situações clínicas específicas que não possibilitam outra forma de tratamento se não o transplante imediato, caso contrário, em poucas horas, o paciente evolui para o óbito. Visando atender a estas situações, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 3.407/98, que especifica as situações clínicas que determinam urgência para coração, rim, fígado, pulmão e córnea. Cf. BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes: Urgência para transplante**. Disponível em: <http://dtr.2001.saude.gov.br/transplantes/index_pop.htm> Acesso em: 10 abril 2006. Mais recentemente, o Ministro da Saúde, Agenor Álvares, assinou, no dia 26 de maio de 2006, uma portaria que muda o critério de distribuição de fígados aos pacientes em lista de espera para transplante. A fila passa a ser organizada, em todo o Brasil, pela gravidade do paciente, em substituição à ordem de inscrição, modelo vigente desde 1997. Com a publicação, no Diário Oficial da União (DOU), da portaria que muda este sistema, as Centrais Estaduais de Transplantes têm 30 dias para se ajustarem ao novo formato. Cf. CIÊNCIA e meio ambiente. Muda critério para transplante de fígado. **Estadão**. São Paulo, p. 1, 26 mai. 2006. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/ciencia/noticias/2006/mai/26/41.htm>> Acesso em: 26 mai. 2006.

emergência dentro da própria região de captação; pacientes em emergência nas demais regiões; lista de espera da região de captação e lista de espera geral das demais regiões.⁵⁶

No aspecto operacional, ficou estabelecido o seguinte procedimento: inicialmente, a Central Doadora deverá comunicar a Central Nacional de Transplantes a existência do doador, isso por meio de um formulário que será encaminhado, via internet ou fax, contendo determinados dados, como tipo sanguíneo, causa da morte, doenças contraídas pelo doador, entre outros; em seguida, a Central Nacional de Transplantes, através de um sistema informatizado, localizará, em uma hora, o possível receptor; a partir daí, a Central Doadora verificará se existe equipe para a retirada do órgão no local, caso contrário, um grupo é deslocado para realizar a captação e o transporte do órgão. Neste momento, as empresas aéreas que firmaram o Termo de Cooperação são acionadas para providenciar o transporte dos órgãos e, se for o caso, das equipes de retirada dos órgãos; de modo que isso permitirá um melhor aproveitamento dos órgãos captados em todo o país, pois com a prioridade, dada pelo Departamento de Aviação Civil, para o transporte de órgãos e das equipes, diminuem os riscos de perda da utilidade dos órgãos que possuem um tempo máximo entre a retirada e o implante no paciente⁵⁷, como podemos evidenciar na tabela seguinte:

56 BRASIL, Ministério da Saúde. 2002a, p.25.; Cf. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde reajusta tabela do SUS para transplantes. **Portal da Saúde**, 23 jan. 2001. Disponível em: <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=297> Acesso em: 10 abr.2006.

57 BRASIL, Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Transplantes de órgãos: Entenda a doação de órgãos - decida-se pela vida. Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, ano XVII, nº 136, p.11, ago.2002b.

Tabela 3 – Órgãos e tecidos que podem ser doados.

Órgão Tecido	Tempo máximo para retirada	Tempo máximo de preservação extracorpórea
Córneas	6 horas após parada cardíaca	7 dias
Coração	Antes da PC*	4 a 6 horas
Pulmões	Antes da PC*	4 a 6 horas
Rins	Até 30min 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

Fonte: Ministério da Saúde – CGSNT/SNT/ABTO. *PC = Parada Cardíaca.

Em 2005, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria nº. 1.752, estabelecendo que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos, com mais de oitenta leitos, deverão constituir Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). A edição dessa medida considerou, dentre outros aspectos, a necessidade de melhorar o funcionamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, dotando-as de instrumentos que facilitarão uma melhor articulação com os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a existência dessas comissões permitirá o aprimoramento da organização do processo de captação de órgãos, com uma melhor identificação dos potenciais doadores, como também uma abordagem mais adequada de seus familiares e, enfim, objetivando uma eficiente ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos.

A CIHDOTT, que deverá ter, no mínimo, três membros, tem como atribuição principal as funções de: organizar a instituição hospitalar para que seja possível detectar potenciais doadores de órgãos e tecidos no espaço nosocomial; viabilizar o diagnóstico de morte encefálica e criar mecanismos para oferecer a família de pacientes falecidos, no hospital, a possibilidade de doação de órgãos e tecidos; será também responsável pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos da doação e transplantes de órgãos.⁵⁸

Segundo o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), no Brasil, o sucesso do Programa Nacional de Transplantes, deve-se ao fato de que cada Estado da federação tem uma CNCDOs, que coordena a captação e a alocação dos órgãos, baseada na fila única, estadual ou regional, como já destacamos. Além disso, a exigência, por parte do Ministério da Saúde, do credenciamento de cada equipe de profissionais que atua no âmbito dos transplantes de órgãos é outro ponto importante, pois trata-se de uma terapia de alta complexidade, envolvendo, consequentemente, a devida responsabilidade. Portanto, o êxito dos transplantes, na época presente, é exteriorizado pelos números nos procedimentos que vêm crescendo a cada dia; sendo que isso revela que as pessoas estão ficando cada vez mais conscientes sobre a relevância da doação de órgãos e tecidos.

Durante o processo de doação de órgãos e tecidos, é fundamental que a família do doador saiba do desejo deste com relação à doação, embora esse procedimento possa ser realizado independentemente do consentimento em vida do potencial doador,

58 MINISTÉRIO DA SAÚDE institui Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. **Revista Ética**: órgão de divulgação do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, Brasília, DF, ano IV, n. 1, p. 20, jan/fev., 2006.

conforme estabelece a Lei n.º 10.211/01. De fato, para ser doador não é necessário deixar nada por escrito, mas a família, por sua vez, só concretiza o desejo de doação do paciente através de autorização por escrito; pois que, de acordo com a legislação brasileira vigente, a doação só acontece com a anuência da família, após a confirmação da morte encefálica. Então, para que a vontade de alguém, em doar seus órgãos e tecidos, seja respeitada, é necessário que o mesmo expresse esse desejo aos seus familiares. Em resumo, a doação de órgãos é o ato pelo qual se manifesta a vontade de que, a partir do momento da constatação da morte encefálica, uma ou mais partes do próprio corpo, em condições de serem aproveitadas para transplante, possam ser disponibilizadas para ajudar outras pessoas.

De acordo com o Ministério da Saúde, um potencial doador é aquele que se encontra em situação de morte encefálica, cujo diagnóstico é definido pela Resolução n.º 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina; sendo que esta comprovação, como também o relatório de um exame complementar, devem ser registrados em prontuário, por meio do Termo de Declaração de Morte Encefálica.⁵⁹ Com a confirmação do estado de morte encefálica, a família é consultada e orientada sobre o processo de doação de órgãos, através de uma entrevista, via CIHDOTT, realizada por um dos médicos que

59 Este procedimento exige a certificação de que o paciente tenha identificação e registro hospitalar; que a causa do coma seja conhecida e estabelecida; que o enfermo não esteja hipotérmico | (com temperatura menor que 35°C); e que não esteja usando drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, nem esteja com hipotensão arterial. Somente após essas certificações é que o doente é submetido a dois exames neurológicos que avaliam a integridade do tronco cerebral; sendo que a esses dois exames segue-se um terceiro, complementar, capaz de demonstrar ausência de perfusão sanguínea cerebral, de atividade elétrica cerebral e de atividade metabólica cerebral. Cf. **Resolução CFM**, n.º 1.480 de 8 de agosto de 1997; sobre “morte encefálica”, ver: CATÃO, 2004. p. 217-232.

atuaram no caso ou por membros da equipe de captação, devidamente credenciada junto ao Ministério da Saúde; com efeito, logo após o diagnóstico de morte encefálica e mesmo antes da decisão da família, as CNCDOs são notificadas, em virtude da eventual possibilidade de encaminhamento do processo de doação, para que este seja concluído com a realização do transplante e acompanhamento do paciente receptor. Ressalte-se, que essa notificação é compulsória, independente do desejo familiar de doação ou da condição clínica do potencial doador de converter-se em doador efetivo.⁶⁰

A doação de órgãos entre pessoas vivas também é possível de acontecer, como já salientamos, tendo este ato amparo legal, pois conforme a legislação brasileira, o doador vivo é um cidadão juridicamente capaz que pode doar órgão, desde que isso não comprometa a sua saúde e aptidões vitais. De forma que existe a previsão legal de que pessoas vivas possam doar um dos órgãos que sejam duplos, como o rim, ou até mesmo parte do fígado. Mas, para tanto, o doador vivo deverá possuir condições adequadas de saúde e ser avaliado por médico especialista, que realizará exames que afastem a hipótese de doenças que possam comprometer a sua saúde durante e após a doação; nesse caso, o beneficiário (receptor) precisará ser cadastrado na Central de Transplantes do respectivo Estado. Em conformidade com a lei brasileira, parentes até quarto grau de consanguinidade e cônjuges podem ser doadores; já a doação de órgãos de pessoas que não são parentes do receptor, somente será permitida mediante autorização judicial.

No que se refere ao processo de captação, doação e transplantes de órgãos, a legislação brasileira é, de certo modo, rigorosa, no intuito de afastar qualquer possibilidade de comércio ou tráfico de órgãos. Nesse contexto, a Associação Brasileira de Transplantes

60 BRASIL, Ministério da Saúde. 2002b, p.11-12.

de Órgãos assevera que, no Brasil, os casos de tráfico de órgãos, até então investigados pelo Ministério Público, além de não conclusivos, são isolados⁶¹. Nessa mesma linha de pensamento, os profissionais e as entidades que atuam na captação de órgãos para transplantes têm entendimentos contrários às indicações de comércio de órgãos, no Brasil, até o momento apresentadas no Congresso Nacional pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados.

Por outro lado, observe-se que a publicidade sensacionalista e excessiva realizada pela mídia com relação ao tráfico ou comércio de órgãos⁶², pode desgastar o trabalho que vem sendo realizado pelo sistema público de saúde brasileiro; prejudicando, desse modo, um programa já amplamente reconhecido, bem como fragilizando a confiança pública, o que, por conseguinte, comprometeria os mais de 70 mil pacientes em fila de espera. Além do mais, a esse apelo soma-se o já tradicional pedido de conscientização das pessoas envolvidas na captação de órgãos e tecidos para transplantes às famílias de doadores, *fazendo da possível doação uma decisão pela vida*.

O Ministério da Saúde, juntamente com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, vêm anualmente organizando campanhas para estimular a doação de órgãos para transplantes. Já estamos agora, no ano de 2011, na XIII Campanha Nacional de

61 PESTANA, José O. Medina. No Brasil, não existe comércio ou tráfico de órgãos para transplantes. **Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos**. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.abto.org.br/populacao/abto_news/edicoes%20anteriores/ano6_4/trafico.htm> Acesso em: 18 abr. 2006.

62 Sobre essa situação ver: VIDA URBANA. Máfia dos órgãos planejava traficar coração e fígado. **Diário de Pernambuco**. Recife, p.1, 25 jan. 2004; MARQUES, Luís Henrique. Na pista do tráfico de órgãos. **Revista Cidade Nova**. São Paulo, ano XLVI, n.8, p.16, ago. 2004; v.tb, nesse mesmo sentido: CUNHA, Paulo Ferreira da. **Pensar o Direito**: da modernidade à pós-modernidade. Coimbra: Almedina, 1991. p.190.

Doação de Órgãos e Tecidos, e assim a cada ano, vão surgindo novos *slogans*: “Salve vidas, doe órgãos!”; “Sou doador, e você?”; “Salvar vidas só depende de você!”; “Transplantes de órgãos: essa via tem duas mãos”; entre outros. Sem dúvida, o objetivo principal dessas campanhas é pedir às pessoas que manifestem, em vida, aos seus familiares, a vontade de ser um doador, como também lembrar que a participação da família é fundamental para que os transplantes sejam realizados; afinal, somente os parentes podem autorizar a retirada de órgãos, ainda que o paciente tenha formalizado a autorização previamente; além disso, nessas campanhas é enfatizado o importante papel desempenhado pelos médicos, pois são eles os primeiros a identificar um potencial doador; logo, a agilidade do processo de doação dependerá muito desses profissionais.

Outrossim, registre-se o surgimento das Organizações Não Governamentais(ONGs), destacando-se a Associação Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE), o Grupo de Apoio ao Transplantado (GAT), a Associação Doe Vida etc., que vêm objetivando a promoção ao voluntariado para esclarecer, orientar e conscientizar a população, em geral, da importância, necessidade e responsabilidade humanitária da doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Essas ONGs visam, também, ao desenvolvimento de estudos, pesquisas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito à doação de órgãos e aos transplantes. De maneira que essas entidades buscam atingir seus objetivos mediante: reuniões de cunho educativo e científico; intercâmbio social, científico e cultural entre os seus sócios; campanhas educativas e informativas nos meios de comunicação vigentes, incluindo internet; convênios, acordos e/ou parcerias com outras organizações, públicas ou privadas; entre

outras ações. A ADOTE, no ano de 2001, recebeu do Ministério da Justiça o Certificado de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público⁶³; de fato, essa associação tem contribuído bastante na divulgação virtual das experiências vividas por pessoas, com relação a doação de órgãos ou transplante. Em outros termos, a vivência⁶⁴ de alguém poderá ajudar muito a esclarecer e conscientizar outras pessoas, em particular, e a população como um todo, sobre a necessidade e responsabilidade da doação de órgãos e tecidos para transplantes.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo vários programas e projetos⁶⁵, com a finalidade de trazer a saúde para mais perto do cidadão e dar ao profissional a especialização necessária a fim de que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade.

63 BRASIL, Ministério da Justiça. Processo n.º MJ 08000.011479/2001-19. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 abr. 2001.

64 Nesse sentido, algumas pessoas têm, a partir de sua própria história de vida com relação à doação de órgão e transplante, elaborado trabalhos com suas próprias experiência, sempre procurando conscientizar outras pessoas, que estão passando por essa mesma situação, e a população em geral, sobre a importância da doação de órgãos e tecidos para transplantes. Cf. BORGES, Ana Carla Lopes Velloso. **Transplante: uma esperança de vida**. João Pessoa: Comunigraf, 2000. 96 p.; SLAUGHTER, Frank G. **Transplante**. Trad. Maria Cecília Palhares dos Santos. Rio de Janeiro: Record, 1986. 186 p.

65 No Brasil, estão sendo desenvolvidos pelo Ministério da Saúde os seguintes programas: Banco de Leite Humano; Bolsa Alimentação; Cartão Nacional de Saúde; Doe Vida. Doe Órgãos; Farmácia Popular; HumanizaSUS; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Viva Mulher; QualiSUS; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; Sistema de Informação a Atenção Básica; entre outros. BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas e Projetos de Saúde**. Brasília, DF, jan. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=168> Acesso em: 10 abr. 2006.

Portanto, no âmbito da temática dos transplantes, destacamos os seguintes programas:

*Doe Órgãos. Doe Vida*⁶⁶: Seus órgãos, tecidos, medula óssea e sangue podem salvar vidas. Avise a sua família que você quer ser doador. No Brasil, a doação só acontece com o consentimento dos familiares. Se você tem um doador na família, respeite a vontade dele.

*HumanizaSUS*⁶⁷: É a proposta de uma nova relação entre usuário, os profissionais que o atendem e a comunidade. Todos juntos trabalhando para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, com locais mais confortáveis. Que atenda bem a toda comunidade.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde vem instituindo uma política que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias, sobressaindo-se entre estas os procedimentos da alta complexidade, como é o caso dos transplantes de órgãos humanos. Desse modo, observamos que o SUS vem se comprometendo cada vez mais com a proposta de humanização. Assim, com a proposta de melhor visualizarmos os transplantes de órgãos humanos como forma de humanização da saúde, faremos uma articulação entre tais programas, partindo de uma perspectiva na esfera das práticas de saúde, enfatizando os aspectos objetivo e subjetivo nelas

66 BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas de Saúde: Doe Vida. Doe Órgãos**. Brasília, DF, set. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/doevida/>> Acesso em: 10 abr. 2006.

67 Id., **Programas de Saúde: HumanizaSUS**. Brasília, DF, nov. 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389> Acesso em: 10 abr. 2006.

presentes. Nesse prisma, a humanização passa a ser um elemento de associação entre as várias práticas de saúde, surgindo então toda uma política de humanização por meio de programas, que vêm operando entre as diversas áreas do Ministério da Saúde e outras instâncias do SUS, voltadas para a atenção e gestão, tais como as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.⁶⁸

Em suma, podemos entender a humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, incluindo usuários, trabalhadores e gestores; bem como pode ser compreendida como o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão.⁶⁹ De forma que a humanização deve ser vista como uma política que circula entre as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implicando, por conseguinte, na construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de sujeitos. Nesse ótica, *Victor Von Weizsäcker*⁷⁰ afirma que o caminho da humanização da saúde se apoia na ideia de “levar a psicologia à medicina” e “introduzir o sujeito na ciência médica”, objetivando uma concepção na qual o ser humano é visto como uma “totalidade integrada” e a saúde é o produto de fatores biológicos, psicológicos, culturais e sociais; sendo que nessa perspectiva toda doença é entendida como um produto do ser humano como um todo, envolvendo o corpo, a psique, a história e a sociedade.

De fato, para a implementação de uma efetiva política nacional de humanização é necessário ampliar, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde, o diálogo entre os profissionais dessa

68 BRASIL, Ministério da Saúde. 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389> Acesso em: 10 abr. 2006.

69 Ibid.

70 SPINSANTI, S. *L'antropologia medica di Viktor v. Weizsacker*: conseguenze etiche, medicina e morale. [s.l.: s.n.], 1985. p. 538-539.

área, como também entre estes e a população em geral, incluindo a administração, com o propósito de promover uma gestão participativa. Nessa linha de pensamento, *James Drane*⁷¹ observa cuidadosamente que:

A moderna medicina técnica trata os pacientes como casos num ambiente que não difere muito de uma fábrica moderna. A eficiência desses centros de tratamento pode ser boa ou não, mas, neles, a perda dos relacionamentos pessoais associados com a doença se vê intensificada. [...]

Feitas essas considerações, entendemos que uma medicina, fundada nas necessidades dos usuários, leva o médico a um contato pessoal que vai além de um relacionamento meramente técnico com o paciente. Logo, esse profissional será tão mais competente na sua atuação funcional quanto mais adequadamente articular o conhecimento teórico e prático da ciência médica aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos envolvidos na sua relação com o paciente.⁷²

A partir dessas reflexões, passaremos as análises dos resultados e conclusões obtidas neste trabalho.

71 DRANE, James. **Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano**. Trad. Adail Sobral; Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2005. p.63.

72 KRUIZE, B. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: [s.n], 2001. p.16-18.