

PÁGINA DO ESTUDANTE

ESTUDO DOS ASPECTOS ÉTICOS DOS TRANSPLANTES NA AMÉRICA LATINA*

Virgínia Maria Coelho de Holanda**
Francélia Loureiro Nery **
Marta Barrozo Azevedo **
Tânia Cristina Botelho Mendes **

RESUMO: Respeitando recomendações da OMS, foi feito estudo retrospectivo comparativo das Legislações de 16 Países da América Latina, a saber: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Cuba, Equador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Venezuela, do período de 1963 a 1992, enfatizando-se os aspectos éticos referentes a doação, determinação da morte, conflito de interesses, seleção do receptor, comercialização e intercâmbio internacional de órgãos.

ABSTRACT: The authors made a retrospective study by comparison of legal and ethic aspects of organ and tissue donation by human living persons and cadaver donors, death determination, receptor selection, conflict of interest, selling and buying organs, and international interchange of organs in 16 Countries from Latin America (Argentin, Bolivia, Brazil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Equador, Guatemala, Honduras, Mexico, Panama, Paraguai, Peru, Dominican Republic and Venezuela), according to the WHO recommendation.

UNITERMOS: Ética - Transplantes - Legislação da América Latina.

1. INTRODUÇÃO

Transplante é a ablação de órgãos de um organismo para ser instalado em outro, a fim de neste exercer as mesmas funções⁽¹³⁾.

Durante os últimos 26 anos, o mundo tem presenciado grandes avanços na tecnologia de transplante de órgãos. À medida que foram sendo derrubadas as barreiras para os transplantes de órgãos de doador *pos-mortem* e entre pessoas vivas, surgiram obstáculos legais e éticos, que limitaram e limitam em grande parte a disponibilidade de órgãos.

Esses obstáculos passaram requerer tomada de decisões fundamentais na sociedade e, por sua vez, fizeram com que os governos regulamentassem os assuntos pertinentes, o que determinou as perspectivas do tratamento mediante transplantes⁽⁵⁾. Por essa razão, em 1987, a OMS reconheceu a necessidade de desenvolver acordo internacional para esta intervenção e, na Assembléia Mundial de Saúde⁽¹⁾, aprovou a resolução nº 40.13, em que institui estudo dos aspectos legais e éticos relacionados a essa delicada intervenção.

Dada à importância da regulamentação legal e ética, estudando a fundo o assunto para ga-

* Trabalho apresentado como Tema Livre no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Olinda-Recife, 28 de novembro a 3 de dezembro de 1993.

** Alunas do Curso de Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco - Recife-PE.

rantir tanto os direitos do doador, como do receptor, considerados pacientes pela Declaração sobre Transplantes Humanos de 1987^(1,5), realizamos o presente trabalho com o objetivo de comparar os aspectos éticos e a legislação de 16 países da América Latina.

2. METODOLOGIA

Respeitando recomendação da OMS, foi feito estudo comparativo das Legislações de 16 Países da América Latina, a saber: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Cuba, Equador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Venezuela, do período de 1963 a 1992 (ANEXO 1), enfatizando-se os aspectos éticos referentes à doação, determinação da morte, conflito de interesses, seleção do receptor, comercialização e intercâmbio internacional de órgãos.

3. DISCUSSÃO

A obtenção de órgãos ou tecidos, problema que se reveste de importância social e técnico-científica, poderá ser conseguida através de doação ou de intercâmbio internacional com outros centros de transplante.

Doação é a concessão graciosa, feita em vida ou após a morte, pelo próprio doador, ou por seu representante legal, através de expressão verbal com testemunhas, ou de documento oficial, escrito, no qual declare, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais, ser de sua vontade doar órgãos ou tecidos de seu corpo, após sua morte (testamento) ou em vida (declaração)⁽²⁾.

3.1 Doação

A doação de órgãos nos países da América Latina, à exceção da Guiana Francesa, Suriname, Guiana e Nicarágua, reveste-se de características peculiares, em virtude de preconceitos culturais e religiosos, tradições extremamente formais, que exigem legislação abrangente e procedimentos legais complexos e demorados, referentes a doações *pos-mortem* e em vida.

3.1.1 Doação "pos-mortem" - Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Venezuela (ANEXO 2).

As doações "pos-mortem" podem ser *consentidas*, ou seja, feitas por desejo expresso do doador, ainda em vida (por testamento, por consentimento formal ou por presunção) ou *por pedido obrigatório*, ou seja, solicitação dos profissionais de saúde à família, após a morte do doador.

- **Doação Consentida: por testamento** - República Dominicana e Costa Rica.

Uma pessoa não pode doar seu corpo por testamento, já que o corpo não é considerado como uma propriedade legal e, portanto, não é parte dos bens testamentários⁽⁶⁾. No entanto, a República Dominicana e a Costa Rica, com base no direito civil, assim o consideram para fins de doação de órgão.

Embora este tipo de doação tenha a vantagem de não estar sujeito ao veto dos familiares, na prática não tem se mostrado seguro ou eficiente, uma vez que há demora tanto para abertura do testamento, quanto para se informar ao receptor os procedimentos técnicos essenciais à doação⁽⁶⁾. Isto acarreta raramente haver tempo hábil para o aproveitamento do órgão.

- **Doação Consentida: por consentimento formal (carteira de doação)** - Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru e Venezuela.

Este procedimento é a melhor forma de doação voluntária, pois facilita a identificação do doador a qualquer tempo, tanto pelas autoridades de segurança pública, quanto pelos profissionais de saúde.

Não obstante, esta forma de doação tem sido a causa da escassez atual de órgãos na América Latina, pois os agentes de segurança pública e a equipe médica ainda não adotam sistematicamente procurar o documento e comunicar à equipe responsável, com antecipação suficiente para realizar a extração.

- **Doação Consentida: por presunção** - Bolívia, Brasil, Panamá e Peru.

Segundo este critério, os órgãos dos cadáveres podem ser extraídos, a menos que se conheçam objeções do doador, antes de falecer, ou de familiares, caso o doador não a tenha autorizado especificamente.

Para que tenha validade o consentimento presumido, o doador em potencial deve entender seu significado e compreender que se não manifestar claramente que não quer doar, será interpretado como consentimento⁽⁴⁾. O parecer do Conselho da Europa em 1976⁽⁴⁾, foi de que os países transformem gradualmente suas leis em consentimento presumido, já que na América Latina este método não é utilizado.

Com este tipo de doação dever-se-ia conseguir maior quantidade de órgãos do que através do consentimento afirmativo do doador. No entanto, os médicos hesitam em extrair os órgãos sem o consentimento expresso do doador ou dos familiares - que têm a autoridade de vetar o consentimento de um doador de igual parentesco ou de parentesco mais distante -, pela preocupação de que o consentimento presumido limite o direito do indivíduo em decidir o que vai ocorrer com seu corpo, ou ainda, de que a família os processe legalmente, mesmo nos casos em que tenha havido consentimento formal, do qual o doador desistiu.

Uma variante do critério de consentimento presumido é o que se deve *acompanhar de uma notificação*, isto é, a equipe médica deve fazer todos os esforços para entrar em contato com os familiares mais próximos, consultando-os se desejam negar a doação⁽⁶⁾. Se a pessoa falecida não tiver se oposto à doação e não for possível localizar o parente mais próximo ou tutor, a equipe estará autorizada a extrair qualquer órgão.

Apesar dos problemas apontados poderem atrasar a extração de um órgão a ponto de torná-lo inservível, os grupos interessados na doação de órgãos são conscientes da publicidade adversa, que pode provocar uma situação de extrair um órgão sem o consentimento expresso, o que prejudicaria todo o sistema de doação voluntária^(2, 6).

- Por Pedido Obrigatório⁽³⁾

Segundo COHEN⁽⁴⁾ o *principal obstáculo para a doação de órgãos não é a ignorância dos clínicos, nem os problemas econômicos, nem as*

preocupações legais...é simplesmente não a pedir!

A solicitação obrigatória remediaria o problema, ao obrigar as equipes dos hospitais a discutir com o familiar mais próximo do provável doador, a possibilidade da extração do órgão. Isto evitaria que o médico se visse obrigado a tomar a decisão de perguntar, ou não, aos familiares de um doador em potencial, sua predisposição em doar órgãos.

Desta maneira, como assinalam COTTON E SANDLER⁽⁶⁾ o *pedido obrigatório respeita o caráter voluntário do sistema, apesar de obrigar que se tome uma decisão a respeito da doação*, e é de se esperar o aumento do número de órgãos solicitados e também o número de órgãos disponíveis, embora este procedimento se convertendo em rotina, possa resultar em menor eficácia que a esperada⁽⁹⁾.

PROTTAS⁽¹⁵⁾ é de opinião que a petição obrigatória *nasce da crença que a aquisição se assemelha mais a uma autêntica obrigação do que a um ato espontâneo de generosidade*. Se os médicos não insistem suficientemente na necessidade de doadores beneficentes, a negação de doar poderá se tornar automática.

3.1.2 Doação em vida

O problema de doação entre pessoas vivas se concentra, basicamente, no consentimento do doador, uma vez que a extração do órgão sadio far-se-á por procedimento cirúrgico para benefício terapêutico de outra pessoa. Daí a necessidade do consentimento informado, que provém, segundo COTTON e SANDLER⁽⁵⁾, de uma autonomia tradicional do paciente, na relação médico-paciente.

O consentimento informado se cumpre após o médico explicar adequadamente ao doador, *maior de idade e em pleno uso de suas faculdades mentais*, a natureza do tratamento, os riscos e os benefícios, e dele obter autorização por escrito, no intuito de permitir que o paciente reflita melhor, proporcione registro legal da decisão e salvasse o médico e o hospital de problemas futuros que poderão advir, caso o paciente se arrependa posteriormente⁽¹¹⁾.

O consentimento por escrito poderia minimizar a problemática da escassez de órgãos, embora envolva a estipulação de normas para pro-

toger os menores de idade e os incapacitados mentais, por não compreenderem as consequências da operação e poderem ser facilmente persuadidos e enganados para beneficiar um receptor em potencial, e os prisioneiros e as mulheres grávidas, pelo risco de negociar sua liberdade condicional, física ou social, à custa da doação.

Apenas 13 países da América Latina, dentre os 16 estudados, especificam doadores legalmente competentes a fazer doação em vida, conforme Quadro abaixo.

3.2 Determinação da Morte e Conflito de Interesses

A morte tem sido definida, tradicionalmente, como o cessar da função cárdio-respiratória⁽¹⁶⁾. Não obstante, à medida que se desenvolveu a tecnologia médica, os respiradores artificiais permitiram manter vivos os indivíduos que sofreram lesões graves, além de apresentarem outros usos, como, por exemplo, no caso de dano neurológico grave, em que a recuperação seja impossível, poder-se-iam conservar melhor os órgãos para transplantes, mantendo o corpo do doador mediante sistemas de nutrição artificial⁽¹⁵⁾.

Para isso foi necessário redefinir a morte, adotando o conceito do funcionamento cerebral. Atualmente, na legislações, adotam-se três enfoques para defini-la:

- a. *enfoque sem definição de critérios* - determinada mediante a prática médica habitual; aceito na Costa Rica, Cuba, México e Venezuela, em que o direito consuetudinário simplifica a legislação e facilita os transplantes;
- b. *definição de morte cerebral* - aceita na Bolívia, Brasil, Chile e Colômbia. Embora seja conveniente nos casos de coma por superdose de drogas e nos estados de choque, a demora na determinação da morte e a necessidade de aparelhagem e pessoal especializado, podem representar prejuízos teciduais desnecessários, marcadamente fora dos grandes centros urbanos;
- c. *definições seqüenciais que incluem a morte cerebral* - aceitas no Equador, Panamá e Peru. Embora apresentem as mesmas vantagens que o enfoque **b**, é mais seguro, reduzindo a responsabilidade médica, principalmente quando o paciente perdeu apenas as funções cerebrais⁽¹⁰⁾.

Os critérios de determinação de morte são

QUADRO COMPARATIVO DE COMPETÊNCIA LEGAL PARA DOAÇÃO EM VIDA EM 13 PAÍSES DA AMÉRICA LATINA ^A

PAÍSES	COMPETÊNCIA LEGAL DE DOADORES			
	MENORES DE IDADE	INCAPACITADO MENTAL OU INCONS-CIENTE	PRESOS	MULHER GRÁVIDA
ARGENTINA	—	Família Decide	—	—
BOLÍVIA	Incapaz	Incapaz	Só a parente	—
BRASIL	—	—	—	—
COLÔMBIA	Incapaz	—	Incapaz	—
COSTA RICA	—	—	—	—
CHILE	—	—	—	—
EQUADOR	—	Incapaz	—	—
GUATEMALA	Incapaz	Incapaz	Incapaz	—
HONDURAS	—	Inconsciente	—	—
MÉXICO	Incapaz	Incapaz	Incapaz	Incapaz
PANAMÁ	Incapaz	Incapaz	Incapaz	—
PARAGUAI	—	Incapaz	Incapaz	—
VENEZUELA	—	Incapaz	—	—

Fonte: Legislação dos Países Consultados

especialmente importantes no caso de transplantes porque, além da responsabilidade usual da prática médica, há um componente ético muito mais forte, a que denominamos *conflito de interesses*. Não se pode duvidar que é encargo médico examinar o paciente no momento de seu falecimento, mencionar à família a questão da doação de órgãos, obtendo anuência, notificar as autoridades competentes da existência de doador.

Segundo DICKENS⁽⁸⁾, *a ética médica exige que os médicos que atendem a pessoas, consideradas doadores adequados de órgãos, no momento de falecer, não estejam nem pareçam estar em situação de conflito de interesses (...). Seu trabalho não deve ser prejudicado pela suspeita de que sua preocupação pelo paciente foi influenciada pela idéia de benefício que sua morte representa para os receptores de órgãos.*

Para assegurar menor conflito de interesses, é consenso internacional que o médico responsável pela determinação da morte não fará parte da equipe de transplante, devendo ter seu parecer técnico ratificado pela mesma, no momento da extração dos órgãos⁽⁷⁾.

A obediência à ética médica pela maior parte dos países da América Latina (exceção ao Equador e Paraguai, que se mantêm omissos sobre o assunto), especialmente neste caso, beneficia o médico, na medida em que reduz seu desgaste emocional perante o paciente; o paciente moribundo, porque reduz sua ansiedade quando é assistido num serviço em que a recuperação de órgãos pode se efetuar em condições adequadas, e a coletividade, uma vez que essa postura médica facilita a doação voluntária⁽¹²⁾.

3.3 Seleção do Receptor

Tomadas as precauções para incentivar a doação de órgãos, cumpre estabelecer critérios para selecionar os receptores.

Para as doações em vida, a legislação da Argentina, Brasil, Costa Rica, Honduras, México e Venezuela prevê que o doador determine o receptor ou estabelece que este seja parente até terceiro grau ou consanguíneo até quarto grau do doador, enquanto que a do Peru, Panamá, Equador, Guatemala e Cuba explicitam a escolha por necessidade médica, compatibilidade

e/ou idade (ANEXO 3).

Nas doações *pos-mortem*, no entanto, deve-se decidir entre considerar que os órgãos doados são propriedade moral da comunidade (permitindo que se adotem critérios técnicos de prioridade de receptores, distribuindo-os equitativamente a todos os centros de transplantes), ou aceitar que são propriedade do centro que os obteve. Importante realmente é que a distribuição seja justa, criteriosa, respeitadora dos valores sociais e publicamente divulgada para incentivar novas doações⁽⁷⁾.

Há um consenso geral de que dentre os critérios médicos, a indicação clínica, a probabilidade de êxito, a compatibilidade imunológica, o benefício em termos de qualidade de vida, a sobrevida, a idade, a utilidade social, o estilo de vida anterior ao transplante, a estrutura familiar do receptor devem ser considerados na seleção, mesmo reconhecendo que a ponderação destes fatores é difícil e complexa⁽²⁾.

É importante que os comitês de ética médica ampliem a representação pública e freqüentemente discutam os critérios de seleção de receptores, para poder acompanhar o avanço tecnológico, atender aos requisitos técnico-científicos e assegurar maiores benefícios sociais^(11, 14).

3.4 Compensação do Doador e Comercialização

No processo de doação de órgãos, há um prejuízo para o doador vivo e para o receptor, referente tanto à perda de ganho monetário (salário e outras vantagens financeiras), quanto às despesas com os procedimentos diretamente relacionados ao transplante, a saber: exames pré-operatórios, gastos com manutenção (transporte e alimentação), dano cirúrgico, recuperação, cobertura de riscos imediatos e futuros, aquisição e manutenção de medicamentos específicos⁽⁵⁾.

Estes *gastos financeiros*, que nenhuma das legislações estudadas define claramente, são altos e, principalmente nos países da América Latina, são a causa de desigualdade de acesso aos transplantes, pois para o governo assegurar estes procedimentos, será obrigado a deixar de subsidiar ações de saúde mais prioritárias e de maior abrangência social, embora isso possa parecer que fere o princípio da igualdade de

tratamento⁽¹⁰⁾.

O consenso é de que o doador não deve arcar com qualquer despesa, cabendo-as ao receptor. Apenas as legislações da Argentina e do Panamá prevêm a cobertura desses custos pelos cofres públicos.

A inexistência de uma base legal que permita a compensação do doador, desestimulando as doações em vida e *pos-mortem*, geram uma confusão entre compensação e comercialização de órgãos, que é incentivada pela escassez da oferta e também pelo baixo poder aquisitivo dos países da América Latina.

Assim é mistér que se estabeleçam regulamentações legais e éticas bastante rigorosas para que o silêncio não seja um incentivo, moralmente intolerável, à comercialização de órgãos e tecidos, favorecendo receptores ricos em detrimento dos pobres e induzindo doadores pobres a vender seus tecidos. Este mercado, se não coibido, eliminará a doação voluntária⁽¹⁰⁾.

O Brasil, a República Dominicana, o Paraguai e o Peru, se não aprovam a comercialização, também não a proibem expressamente⁽⁷⁾.

3.5 Intercâmbio de Órgãos

Considerando-se os avanços tecnológicos médicos é de se antever um intercâmbio internacional de órgãos, feito de forma altruísta, a bem da saúde mundial, num sistema de reciprocidade que aumentaria a chance de compatibilidade doador-receptor⁽¹⁶⁾.

No entanto, por ser o assunto ainda novo, não há consenso nem um posicionamento claro, legal, por parte dos países da América Latina, exceto a Colômbia que proibiu explicitamente a distribuição de órgãos.

4. CONCLUSÃO

O transplante de órgãos, mais que um pro-

cedimento técnico-científico, constitui-se numa mudança de hábito e numa revisão de valores sociais, morais e éticos.

Por este motivo, com este estudo constatou-se que os países da América Latina regulamentaram desde procedimentos ágeis, como a doação consentida por presunção, até a doação consentida por testamento, tão lenta que chega a inviabilizar o transplante.

Há alguns itens, como os critérios de seleção dos receptores, o conflito de interesses, a própria conceituação e constatação da morte, que precisam ser melhor estudados e debatidos, para que a regulamentação se faça de forma a assegurar maiores benefícios à sociedade.

Para que se aumente a oferta de órgãos a adultos e a menores de idade, é mistér que se estimule a discussão entre os vários segmentos profissionais e a sociedade para:

- a. evitar que o silêncio se constitua num consentimento passivo de comercialização;
- b. incentivar as doações;
- c. fazer com que agentes de segurança pública e equipes de saúde adquiram novos hábitos no atendimento aos pacientes - doadores em potencial ou consentidos por opção;
- d. transformar a solicitação de doação de órgãos num hábito das equipes de transplante e do corpo clínico dos hospitais, sem conflito de interesses e sem constrangimento.

5. AGRADECIMENTOS

A Professora Ruth Cândida Pereira, da Disciplina de Deontologia, pelo incentivo e apoio para a confecção deste trabalho; a Senhora Raquel Cortizo, bibliotecária da Faculdade de Medicina que nos auxiliou na pesquisa bibliográfica e a Doutora Laís G. Vieira, pela cooperação na metodologia científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSEMBLÉIA MÉDICA MUNDIAL. *The Declaration on Human Transplantation*, 39. Madrid, october 1987.
2. BARCHIFONTAINE, C.P., PESSINI, L., ROVER, A. *Bio-ética e Saúde*. São Paulo: CEDAS, 1987, p.163-195.
3. CAPLAN, A.L. Ethical and Policy Issues in the Procurement of Cadaver Organs of Transplantation. *N. Engl. J. Med.* v.311, n.15, p.981-983, 1984.
4. COHEN, B. Organ Donor Shortage: European Situation and Possible Solutions. *Scan. J. Urol. Nephrol.* [Suppl. 92] v.19, n.3, p.78-79, 1985.
5. COTTON, R.D. e SANDLER, A.L. The Regulation of Organ Procurement and Transplantation in the United States. *J. Leg. Med.* v.7, n.1, p.55-56, 1986.
6. _____ . *J. Leg. Med.* v.7, n.1, p.64-67, 1986.

7. DIÁLOGO MÉDICO. Rio de Janeiro, v.15, n.14, 1989.
8. DICKENS, B. Legal Issues Pertaining to the Role of the Family in Organ Retrieval. *Transplantation Today*. v.2, p.4, 1987.
9. _____. *Transplantation Today*. v.2, p.6-7, 1987.
10. _____. Legal and Ethical Issues in Buying and Seeling Organs. *Transplantation Today*. v.4, p.5-21, 1987.
11. GELAIN, I. *Deontologia e Enfermagem*. 2. ed., São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1987.
12. LANDMANN, J. *A Ética Médica sem Máscara*. Rio de Janeiro: Guanabara Joio S.A., 1985.
13. NORRIE, D. McK. Human Tissue Tranplants: Legal Hability in Different Jurisdictions. *Internatíonal and Comparative Law Quarterly*. v.34, n.3, p.142, 1985.
14. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Asamblea Mundial de la Salud. *Resolución 42*, 5, 1989.
15. PROTTAS, J.M. The Rules for Asking and Answering: The Role of Law in Organ Donation. *University of Detroit Law Review*. v.63, n.415, p.186-191, 1985.
16. ROSENBERG, J.C. e KAPLAN, M.P. Evolving Legal and Ethical Attitudes Toward Organ Transplantation from Cadaver Donors. *Dialysis and Transplantation*. v.8, n.9, p.907, 1979.

Recebido para publicação em 17.01.94

ANEXO 1
Fontes Jurídicas Consultadas para Elaboração deste Trabalho

PAÍSES	IDENTIFICAÇÃO	DATA DE PUBLICAÇÃO	ABREVIATURA UTILIZADA
ARGENTINA	LEI 21.541 LEI 23.464 EMENDA DA LEI 21.541 DE 21/3/77 DECRETO 397/89	21/MARÇO/1977 23/MARÇO/1987 28/MARÇO/1989	L. 77 L.87 D. 89
BOLÍVIA	DECRETO-LEI 15.629 REGULAMENTO	18/JULHO/1978 MARÇO DE 1982 (SUMÁRIO)	DL. 78 R. 82
BRASIL	LEI 4.280 LEI 8.489	6/NOVEMBRO/1963 18/NOVEMBRO/1992	L. 63 L. 92
COLÔMBIA	LEI 9 DECRETO 2.363 CADUCOU COM A LEI 73, DE 20/12/88 E NÃO FOI ADOTADA NENHUMA NOVA DISPOSIÇÃO	JANEIRO DE 1979 25/JULHO/1986	L. 9 D. 86
COSTA RICA	LEI 5.560	20/AGOSTO/1974	L. 74
CUBA	LEI 41	13/JULHO/1983	L. 83
CHILE	LEI 18.173 REGULAMENTO	15/NOVEMBRO/1982 03/DEZEMBRO/1983	L. 82 R. 83
EQUADOR	LEI 64	15/JUNHO/1987	L. 87
GUATEMALA	DECRETO 45-79 REGULAMENTO	09/AGOSTO/1979 (SUMÁRIO) 07/OUTUBRO/1986	D. 79 R. 86
HONDURAS	DECRETO 131	07/JUNHO/1983	D. 83
MÉXICO	CÓDIGO SANITÁRIO REGULAMENTO	26/FEVEREIRO/1973 16/AGOSTO/1976	H.C. 73 R. 76
PANAMÁ	LEI 10	07/JULHO/1983	L. 83
PARAGUAI	LEI 836/80	12/DEZEMBRO/1980 (SUMÁRIO)	L. 80
PERU	LEI 23.415 REGULAMENTO	04/JUNHO/1982 06/MAIO/1983	L. 82 R. 83
REPÚBLICA DOMINICANA	LEI 391	01/DEZEMBRO/1981	L. 81
VENEZUELA	LEI 72	28/AGOSTO/1972	L. 72

ANEXO 2
Comparação das Legislações dos 16 Países da América Latina
quanto a Doações Pos-Mortem

PAÍSES E LEIS	DOAÇÕES POS-MORTEM			
	IDADE LIMITE	CONSENTIMENTO DO DOADOR	ORDEM DE CONSENTIMENTO PARA USO DO CADÁVER	USO MÉDICO-LEGAL DO CADÁVER
ARGENTINA L. 77 L. 87 D. 89	maior de 18 anos	escrito, se legalmente competente em gozo de faculdades mentais e do receptor	cônjuge, filhos adultos, pais, irmãos adultos, avós e netos, parentes em 4º grau de consanguineidade e 2º grau de parentesco ou, na ausência, o centro de transplantes	—
BOLÍVIA D.L. 78 R. 82	—	escrito ou automático, se for embalsamado ou cremado	parente legalmente autorizado se o cadáver tiver sido abandonado ou a direção do hospital autoriza seu uso	com autorização das autoridades sanitárias
BRASIL L. 63 L. 92	—	escrito ou se não tiver sido negado, do cônjuge, ascendente ou descendente	entre cônjuges, inclusive cunhados e entre parentes até 2º grau do doador	na falta de parentes, só com autorização do diretor da instituição em que ocorreu o óbito além dos itens anteriores
COLÔMBIA L. 79 D. 86	—	—	parente até 4º grau de consanguinidade ou até 2º grau de parentesco, pais e filhos adotivos ou se houver sido abandonado	—
COSTA RICA L. 74	—	escrito	cônjuge, filhos adultos, pais e irmãos adultos e a direção do hospital	com autorização do médico-responsável
CUBA L. 83	—	—	em conformidade com o Ministério da Saúde Pública	—
CHILE L. 82 R. 83	—	escrito, legalmente competente ou de doadora casada	cônjuge, filhos, pais e irmãos ou se tiver sido abandonado ou com consentimento de parentes de 1º grau de consanguinidade	—

ANEXO 2
Comparação das Legislações dos 16 Países da América Latina
quanto a Doações Pos-Mortem

PAÍSES E LEIS	DOAÇÕES POS-MORTEM			
	IDADE LIMITE	CONSENTIMENTO DO DOADOR	ORDEM DE CONSENTIMENTO PARA USO DO CADÁVER	USO MÉDICO-LEGAL DO CADÁVER
EQUADOR L. 87	—	escrito, legal/competente ou doadora casada	cônjuge, filhos, pais ou irmãos	—
GUATEMALA D. 79 R. 86	—	escrito	se tiver sido abandonado ou se os parentes concordarem e tiver consentimento do doador	—
HONDURAS D. 83	—	escrito, se legalmente competente	cônjuge, filhos adultos, pais, irmãos adultos e avós	—
MÉXICO H.C. 73 R. 76	—	escrito	parentes, se tiver sido abandonado pode ser usado sem consentimento	—
PANAMÁ L. 83	Maior de 18 anos	escrito, legalmente competente ou tutor	cônjuge, filho adulto, pais. Se tiver sido abandonado, pode-se usar sem consentimento	só as córneas
PARAGUAI L. 80	—	escrito	—	—
PERU L. 82 L. 83	—	escrito e voluntário, baseado em informações prévias	se não houver manifestação contrária, poderá haver utilização haja ou não consentimento, pode-se doar a pais, filhos, cônjuge	—
REP. DOMINICANA L. 81	—	escrito em testamento	—	—
VENEZUELA L. 72	—	escrito	cônjuge, filhos adultos, pais irmãos	pode extrair órgãos caso se saiba, com certeza a causa mortis

ANEXO 3
Comparação das Legislações dos 16 países da América Latina
para Doações em Vida

PAÍSES E LEIS	DOAÇÕES EM VIDA				
	ÓRGÃOS QUE SE REGENERAM		ÓRGÃO QUE NÃO SE REGENERAM		RECEPTORES
	IDADE LIMITE	CONSENTIMENTO DO DOADOR	IDADE LIMITE	CONSENTIMENTO DO DOADOR	
ARGENTINA L.77 L.87 D.89	maior de 18 anos	escrito dele e do receptor, especificando órgãos que deseja doar	maior de 18 anos	escrito do doador e receptor, especificando órgãos que deseja doar	parentes diretos do doador até 2º grau de consanguinidade e colaterais até 4º grau de consanguineidade
BOLÍVIA D.L. 78 R. 82	—	legalmente competente em cartório	—	do doador em cartório	—
BRASIL L. 63 L. 92	—	desejo expresso através de documento pessoal ou oficial	—	desejo expresso através de documento pessoal ou oficial	parentes até 2º grau de consanguinidade, cuñhados e cônjuges
COLÔMBIA L. 79 D. 86	maior de 18 anos	escrito	maior de 18 anos	escrito	—
COSTA RICA L. 74	maior de 18 anos	escrito em presença de testemunhas	—	—	parentes até 4º grau de consanguinidade ou 3º de parentes - cônjuge
CUBA L. 83	—	—	—	—	de acordo com o Ministério da Saúde
CHILE L. 82 R. 83	maior de 18 anos	escrito, se legalmente competente ou de doadora casada	maior de 18 anos	escrito, se legalmente competente ou de doadora casada	—

ANEXO 3
Comparação das Legislações dos 16 países da América Latina
para Doações em Vida

PAÍSES E LEIS	DOAÇÕES EM VIDA				
	ÓRGÃOS QUE SE REGENERAM		ÓRGÃO QUE NÃO SE REGENERAM		RECEPTORES
	IDADE LIMITE	CONSENTIMENTO DO DOADOR	IDADE LIMITE	CONSENTIMENTO DO DOADOR	
EQUADOR L. 87	—	se legalmente competente	—	se legalmente competente	segundo necessidade médica e compatibilidade
GUATEMALA D. 79 R. 86	maior de 18 anos	escrito e do receptor	—	escrito e do receptor	segundo a necessidade médica, a compatibilidade e a idade (55 anos)
HONDURAS D. 83	maior de 18 anos	voluntário em gozo de faculdades mentais	maior de 21 anos	voluntário em gozo de faculdades mentais	segundo a relação com o doador - irmãos
MÉXICO H.C. 73 R. 76	—	escrito, com testemunha maior de 18 e menor de 60 anos	—	escrito	segundo parentesco de 1º grau, necessidade médica, idade menor de 60 anos
PANAMÁ L. 83	—	escrito	—	—	segundo a necessidade médica
PARAGUAI L. 80	—	escrito	—	—	—
PERU L. 82 L. 83	—	escrito	—	—	segundo a necessidade médica
REP. DOMINICANA .L 81	—	—	—	—	—
VENEZUELA L.72	—	escrito, doando para pais, irmãos, filhos dos receptores	—	—	pais, filhos adultos e irmãos adultos do doador