

Transplantes de órgãos: uma análise procedimental e jurídica

FILIPPE CARDEAL NASCIMENTO:
pós graduado/ advogado

RESUMO: O trabalho desenvolvido propõe-se a analisar o transplante de órgãos como um procedimento cirúrgico de reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente por outro órgão ou tecido normal, analisando cada etapa de seu procedimento assim como confrontando-o com princípios, fundamentos constitucionais e direitos da pessoa humana disponibilizados nos mais diversos diplomas legais, de forma a contribuir com esclarecimentos e informações sobre etapas importantes em seu processo como o papel do médico assistente, o papel do Sistema Nacional de Transplantes e conceitos muitos discutidos atualmente que influenciam na decisão destes profissionais e da sociedade. Dedicar, ainda, especial atenção no que tange a evolução brasileira sobre o transplante de órgãos e tecidos, comparando-a a Estados estrangeiros com intuito de contribuir para seu aperfeiçoamento e evolução, além de apresentar dados estatísticos a nível nacional e regional. Trata-se de estudo exploratório que identifica e esclarece questões jurídicas e médicas apresentadas através de análises bibliográficas de autores, especialistas e dados governamentais com intuito de promover esclarecimentos e possibilitar o aumento de doações por milhão de pessoa com base em questões conflituosas vistas sobre uma perspectiva histórica e atual.

PALAVRAS-CHAVES: Transplantes de órgãos e tecidos. Procedimento. Legislação. Realidade nacional.

ABSTRACT: The paper developed aims to analyze organ transplantation as a surgical procedure to replace an organ or tissue of a sick person with another organ or normal tissue, analyzing each stage of its procedure as well as confronting it with principles, constitutional foundations and human rights made available in the most diverse legal diplomas, in order to contribute with clarifications and information on important stages in its process such as the role of the attending physician, the role of the National Transplant System and concepts that are currently discussed that influence their decision professionals and society. It also dedicates special attention to the Brazilian evolution regarding organ and tissue transplantation, comparing it to other States in order to contribute to its improvement and evolution, in addition to presenting statistical data at national and regional level. This is an exploratory study that identifies and clarifies legal and medical issues presented through bibliographic analyzes of authors, specialists and government data in order to promote clarification and enable an increase in donations per million people based on conflicting issues seen from a perspective historical and current.

KEYWORDS: Organ and tissue transplants, Procedure. Legislation. National reality.

SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO. 2 BREVE HISTÓRICO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS. 3 PROCEDIMENTO. 3.1 TRANSPLANTE. 3.2 ESPÉCIES DE DOAÇÃO. 3.3 DA

DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA NOS CASOS DE DOADOR MORTO. 3.4 ENTREVISTA FAMILIAR. 3.5 AUTORIZAÇÃO DA FAMÍLIA. 3.6 RETIRADA DE ÓRGÃOS. 3.7 TRANSPORTE. 3.8 RECUPERAÇÃO. 4 O PAPEL DO MÉDICO ASSISTENTE NO TRANPLANTE DE ÓRGÃOS. 5 OS DIREITOS DE PERSONALIDADE E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. 5.1 CONCEITOS GERAIS. 5.2 DIREITOS DE PERSONALIDADE. 5.3 A DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO FUNDAMENTO DOS DIREITOS DE PERSONALIDADE. 6 A EVOLUÇÃO BRASILEIRA ATINENTE A LEGISLAÇÃO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS. 6.1 ASPECTOS GERAIS. 6.2 CARTA MAGNA E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. 6.3 LEI 9.434 DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997. 6.3.2 Aspectos Penais Da Lei 9.434/97 e o tráfico de órgãos humanos. 6.4 CÓDIGO CIVIL – LEI 10.406/2002 -APARENTE ANTINOMIA ENTRE OS INSTITUTOS. 6.5 INOVAÇÕES LEGISLATIVAS. 7 DIREITO COMPARADO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. 7.1 ASPECTOS GERAIS. 7.2 O MODELO ESPANHOL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS. 7.3 SISTEMA FRANCÊS. 7.4 SISTEMA NORTE AMERICANO. 8 A REALIDADE DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NAS REGIÕES BRASILEIRAS. 8.1 ASPECTOS GERAIS. 8.2 REGIÃO NORTE. 8.3 REGIÃO NORDESTE. 8.4 REGIÃO CENTRO-OESTE. 8.5 REGIÃO SUDESTE. 8.6 REGIÃO SUL. 8.7 SISTEMA ATUAL DA LISTA DE ESPERA. 9 BRASIL E OS OBSTÁCULOS NO TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. 9.1 A INFLUÊNCIA RELIGIOSA. 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS. REFERÊNCIAS.

1 INTRODUÇÃO

A doação de órgãos para transplante é uma atitude que colabora para o restabelecimento e para a vida das pessoas com falência de órgãos em fase terminal. Além disso, condizente com o conhecimento mundial sobre o tema, a demanda de órgãos ainda é maior que a disponibilidade já que as listas de espera de transplantes cada vez mais aumentam, seja pelo acesso a informação seja pela alta nos índices de expectativa de vida da população registradas atualmente.

Esse procedimento é a relação entre uma pessoa com morte encefálica ou viva com outra viva, mas dependente deste procedimento. Assim, passa a ser o primeiro grande desafio para a realização do transplante, havendo, de modo geral, um desnível do número de órgãos à disposição relativa ao total de pessoas inscritas nas listas de espera, as informações necessárias para se ampliar as discussões sobre o tema e propiciar um aumento significativo nas causas que implicam sua diminuição.

O desconhecimento por parte da população de como ser doador e sobre o diagnóstico de morte encefálica é apenas um dos fatores que auxiliam nessa matemática em que a conta não fecha. Mesmo observando uma opinião favorável à doação de órgãos é fundamental solucionar este problema, seja com relação ao procedimento adotado e o caminho a ser seguindo pelo doador e pelo receptor, seja pelas normas jurídicas dispostas sobre a matéria.

De mais a mais, outros fatores também incidem sobre a doação de órgãos como a falta de conhecimento por parte dos familiares sobre o desejo ou não do paciente em ser doador e o esclarecimento dessas dúvidas que acabam sendo necessárias para a mudança no quadro de doações, baseando-as em informação

adequada, de forma clara e precisa, de modo que essas incertezas sejam rechaçadas e colaborem para que a pessoa tenha a capacidade de promover discussões informando sua posição de doador e contribuindo como um dos principais mecanismos de doações que é a informação.

Com efeito, amparos científicos e jurídicos fizeram-se necessários para garantir a ética no que tange a doação de órgãos para fins de transplante. De per se, esse conjunto de regras não torna natural o ato de doar, visto que, neste, estão insertos valores não dispostos em normas, mas em princípios de comportamento diferenciados para cada grupo social. Em respeito a isso, as regras em vigência em boa parte dos países preconizam o consentimento da família como ponto fundamental na doação, que no Brasil já passou de presumido a consentido pela família através de alterações em diplomas legais.

A agilidade na elaboração de um novo panorama explicativo para o tipo de morte para atender as demandas econômicas e de obtenção de órgãos, propõe a agentes sociais o desconhecido, e ainda mais, impõe, por meio da racionalidade científica, a desconstituição do conceito de morte perceptível, a ausência dos batimentos do coração.

Esbarrando em várias dificuldades, o transplante de órgãos enfrenta problemas que vão desde o procedimento em si, como a captação de órgãos, a dificuldade de alocação, compatibilidade entre doador-receptor, durabilidade dos órgãos e rejeição. Até mesmo problemas com os profissionais médicos podem ser vislumbrados, seja quando não diagnosticam a morte encefálica corretamente ou a não realizam a notificação a Central de Transplantes ou não possuem a capacitação para manter o corpo do doador, além da insatisfatória e precária assistência à saúde oferecida a população, com mau atendimento e emergências lotadas, seja por falta de médicos, seja por falta de leitos.

É cognoscível que o aceite ou a rejeição à doação de órgãos, como atitude individual, seja balizado por normas, pela moral ou por ambas, tendo implicações no coletivo em que a única proposição de tratamento aponte na direção do transplante, envolvendo a conscientização sobre a importância da doação, principalmente o esclarecimento sobre o complexo processo que compõe o ato de doar, transformando seu caráter místico em um ato de consciência e solidariedade com o próximo.

Por outras palavras, os fatores que implicam na diferença entre os doadores e os que necessitam de doação, são indicados por três principais problemas na doação de órgãos: a ausência de identificação adequada dos pacientes como potenciais doadores pelas equipes assistenciais, falha em interrogar a família sobre a intenção de doar durante a entrevista e recusada família em consentir com a doação, que na maioria das vezes é justificada pelo receio e pouco crédito nos métodos ou da conhecimento do diagnóstico da morte encefálica, enxergando a retirada dos órgãos como uma mutilação ao ente querido, ocasionando ainda mais sofrimento além de assimilar que os

beneficiários com os transplantes poderão ser pessoas com maior poder econômico ou concluindo que são desproporcionais os procedimentos de manutenção da vitalidade dos órgãos após a morte encefálica àqueles executados quando os pacientes ainda estão em vida.

Igualmente quando da cessão dos órgãos a título gratuito, fundada em uma decisão voluntária de desapego, o doador é dado por sua família, ou seja, a doação não é verdadeiramente efetivada pelo doador.

Outro fato importante é a decisão familiar ante a notícia da morte do parente na medida em que deve ser pronta, dado que são exíguos o intervalo da morte encefálica e o início da deterioração dos órgãos, acrescido à urgência da decisão, e do panorama da morte do parente desvelada na tragédia da causa que, de modo mais corriqueiro, tem motivações de violência ou traumas cerebrais por acidentes.

Nesse encadeamento, as relações estabelecidas entre profissionais da saúde e familiares, durante o processo de cuidados, quando disponibilizados acolhimento, conhecimento e tecnologia na medida da necessidade, passam a ser um facilitador na abordagem após a morte encefálica do paciente, observando, inclusive, a legislação e fiscalização dos órgãos que resguardam tanto os pacientes e seus familiares quanto aos profissionais envolvidos no processo de doação.

Nessa senda que a lei 9.434/97 foi editada dispondo sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento tendo em seu texto a proteção do receptor e doador e caracterizando as obrigações e pré-requisitos da equipe médica que realizará as etapas específicas do procedimento com vistas a outros diplomas de mesma ou superior hierarquia.

Importante, ainda, que como a norma para a doação de órgãos não permite a pessoa transplantada ter acesso a família doadora, a possibilidade do agradecimento é remota. Portanto, os valores motivadores para a doação estão relacionados à irreversibilidade do agravo cerebral, a possibilidade de proporcionar a outra pessoa a continuidade da vida, que poderá ser findada por falência do órgão, além de possibilitar a visualização do parente morto continuar vivo em outra pessoa.

Assim compreender todo o organograma, do ponto de vista histórico e atual, seja no caráter médico ou jurídico da questão amplia o conhecimento e promove discussões através de conhecimentos adotados por estudiosos de cada área, assim como a apresentação de dados estatísticos, esclarecendo e motivando o procedimento de transplantes de órgãos que visa em sua forma mais substancial e íntima a proteção do bem mais importante para os seres em geral, a vida consubstanciada na dignidade como um direito de todos.

2 BREVE HISTÓRICO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Relatos sobre transplantes são variados no decorrer da história, encontrando,

inclusive, registro em Genesis, livro da Bíblia, tendo adão como um possível doador. Ainda nesse livro há relatos de transplantes de parte do corpo humano, figurando na lenda dois irmãos, São Cosme e Damião, que na tentativa de curar a perna de um cristão com algum tipo de câncer ou gangrena, usaram a perna de um etíope, recém falecido para um transplante, fato que pode ser visto em diversas pinturas da idade Média.

Dentre as descrições encontradas, até mesmo mitológicas, tem-se a história de dois médicos chineses fizeram o transplante de perna de um soldado negro falecido em um velho branco que havia perdido sua perna no mesmo dia. (Fundação Banco dos Olhos, 2000;Pereira,2004) (Manoel Lemes da Silva neto).

Saltando para o ano de 1442 um cirurgião da maior ilha do Mediterrâneo, Sicília, passou a realizar reparos cirúrgicos em narizes com retalhos do rosto possibilitando que seu filho realizasse, através de seu trabalho, a primeira substituição de nariz por um retalho removido do braço. Tal procedimento inspirou o poeta Elisio Calenzio (1430-1503) a escrever histórias sobre a construção de narizes com retalhos de braços de um escravo. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Nos anos que se passaram o professor da Universidade de Bolonha, Gaspare Tagliacozzi, narrou em seu livro *De curtorum chirugiau*, 1597, técnicas refinadas de enxerto de pele e de correções de lesões do nariz com retalhos pediculados, tendo suas inovações proibidas à época pela igreja que exercia grande poder. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Na Europa do século XVIII os transplantes dentários se tornavam realidade. Os dentes de doadores pobres para receptores ricos eram comuns, mas dentre os problemas encontrados nestes procedimentos havia receptores contaminados pela sífilis, além de relatos que quase todos os dentes implantados acabavam destruídos, ocasionando, assim, a alternativa pelos dentes de cerâmica.

Neste mesmo período, Alexis Carrel desenvolveu um método de sutura vascular no Departamento de Cirurgia chefiado por Mathieu Jaboulay, aprendendo com sua pesquisa a realizar pontos precisos, com delicadeza e minúsculos, ocasionando o desenvolvimento da técnica de triangulação da sutura que tornou possível a realização de transplantes, abrindo conseqüentemente um novo ramo na cirurgia em que alguns métodos são utilizado até os diasatuais. ((GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Dentre as realizações de Alexis Carrel, e em parceria com Charles C. Guthrie, aperfeiçoou a técnica com agulhas e fios ainda mais finos, amputou membro e o restabeleceu, transplantou tireoide, baços e ovário, além de trabalhos que não foram publicados que davam conta de que tinha transplantado coração e pulmão isolados. Dentre suas experiências, a maior foi a introdução do método patch de anastomose vascular e a técnica de transplante renal em bloco em cães e gatos. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Nessa senda, o rim foi o primeiro órgão transplantado em humanos, como a experiência em animais, impulsionado pela dramática situação letal do paciente em diminuição ou supressão da excreção urinária. Os dois primeiros transplantes renais em humanos se deu em 1906 realizados por Mathieu Jaboulay que implantou o rim de um porco morto três horas antes em uma mulher de 49 anos com doença de Bright e sinais de insuficiência renal, não obtendo sucesso já que três dias depois o enxerto apresentou todos os sinais de necrose motivado pelo qual foi removido, fato este que também ocorreu no segundo paciente, atribuindo o erro à formação de coágulos sanguíneos nas ligações vasculares. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Entre 1914 e 1918, a enorme necessidade e o grande uso de transfusão de sangue na Guerra propiciou o surgimento dos bancos de sangue para armazenagem, tendo como suas primeiras tentativas de transfusão fracassadas até que se descobriu que existiam diferentes tipos e que havia mútuas compatibilidades ou incompatibilidades. (LAMB, 2000).

Em 1924, o cirurgião Emile Holman enxertou em algumas crianças com extensas queimaduras retalhos da própria pele e de pele de suas genitoras, levando-o a considerar as diferenças individuais no comportamento dos enxertos. Com aumento significativo no século 20, tais enxertos de pele eram utilizados como medida paliativa. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

No final dos anos quarenta, com o fim da segunda guerra mundial, alguns cirurgiões retomaram os transplantes renais, tendo inclusive realizando o procedimento em cães onde observaram que os transplantes feitos em raças diferentes apresentavam rejeições mais rapidamente e que arrefecimento do órgão no decorrer da transferência do doador ao receptor melhorava os resultados. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Mesmo assim, foi com o transplante renal que de fato os transplantes de órgãos se iniciaram, a partir da segunda metade do século XX, mesmos sendo exceção nas fases iniciais do procedimento, tendo em vista que a maioria era realizada com órgãos de secreção interna.

Entre o final do século XIX e início do século XX, foram realizados alguns experimentos, com base nas teorias de Brown-Séguard, em que pesquisadores tentaram transplantar pequenas fatias de rim, mas não foi adequado, pois todos os implantes em fatias terminaram com a completa reabsorção dos transplantes.

Com a publicidade gerada pelo caso de Lawler, que realizou transplante de rim em uma mulher que permaneceu com o órgão transplantado por cerca de seis meses, sobrevivendo ainda alguns anos com o rim nativo após a retirada do que fora transplantado, outros cirurgiões se animaram na experiência em transplantes de animais para humanos culminando com o transplante realizado entre irmãos gêmeos em 1954, época onde exista um conflito ético em relação à cirurgia que não concedia

qualquer benefício físico ao doador, no caso, o irmão gêmeo, mas que foi discutido sob a perspectiva de vida sem risco aumentado por viver com apenas um rim, inferindo com a situação de que o baixo risco gerado ao doador seria justificado pelos benefícios esperados ao receptor. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Com tais avanços, o transplante passou a consistir em técnica que tinha o condão de salvar vidas e, por isso, foram desenvolvidos estudos da histocompatibilidade, da tolerância e o da imunossupressão em que este último estudo apareceu em cena e propiciou uma abordagem menos complexa ao problema. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Vale notar, entretanto, que os transplantes de córnea tiveram início no ano de 1905, tendo sua prática estabelecida em 1944, quando o primeiro banco de olhos mundial foi fundado, Hospital Manhattan de olhos, ouvidos e garganta. No Brasil, esse tipo de transplante diminuiu em 11%, de 2012 a 2018, mas estabilizou-se no ano de 2019 com um aumento de 0,6%. (RBT, 2019).

Assim, datado de 23 de dezembro de 1954, o cirurgião Joseph Murray, liderando uma equipe de médicos, realizou o primeiro transplante bem sucedido de um órgão nos Estados Unidos, entendido este termo como a sobrevivência pós operatória de pelo menos um ano. Destarte, quando o transplante foi feito, Joseph Murray não tinha ideia de que estava fazendo história e não acreditava que os transplantes não tinham futuro. (GRAY, 2009).

Assim, Murray baseou-se na descoberta dos médicos até então de que em transplante entre gêmeos idênticos não havia perigo de rejeição uma vez que o genoma de ambos, receptores doador, é o mesmo. (GRAY, 2009).

Nessa senda, somente nos anos 60 que os médicos da época conceberam um meio de realizar um transplante em pessoas não parentes sem que houvesse a rejeição, mesmo tendo altos riscos e chances baixas de sobrevivência.

Nesta época, precisamente no ano de 1964, ocorreu no Brasil o primeiro transplante de rim de doador post mortem, no Hospital do Servidor Público, no Rio de Janeiro, seguido do transplante renal inter vivos, no ano de 1965, em São Paulo. Por essa razão e em função do progresso da medicina, mostrou-se a necessidade de uma legislação que regulamentasse tais situações relacionadas aos transplante e das atividades médicas. Quando o procedimento foi realizado vigorava a lei ordinária nº 4.280/63, mas por conter algumas lacunas em 1968 ocorreu sua revogação dando lugar a Lei nº 5.479. (AMARAL, 2020)

Com a evolução nos transplantes renais e a conversão em prática rotineira no tratamento da insuficiência renal, abriram-se as portas para que tentativas com os demais órgãos passassem a figurar nos atos dos cirurgiões que tentaram, inicialmente sem sucesso, realizar o procedimento com o fígado, coração, pulmão, pâncreas e

intestino, retomada apenas nos anos 80 com o emprego da ciclosporina, droga imunossupressora, tendo em vista que as outras drogas disponíveis à época não corroboraram para o sucesso do procedimento.

Ainda no período dos anos 60, especificadamente nos anos de 1963 e 1964, foram realizados os dois transplantes empregando doador em morte encefálica resultando, já em 1968, os critérios para o diagnóstico de morte encefálica, oficialmente. (HOLMES, 2019).

Apesar de todos esses acontecimentos, foi em 1967 que aconteceu o transplante que seria crucial para a história da medicina quando, na cidade do Cabo, o órgão de Denise Darvall voltou a bater no peito de Louis Washkansky momento em que Christian Neethling Barnard fez a interpretação legal de morte onde os médicos podiam declarar morto um paciente com morte cerebral, abrindo então caminho para o transplante de órgãos. (HOLMES, 2019).

Com a descoberta dos imunossupressores da ciclosporina e sua introdução clínica ao final dos anos 70 que ocorreu a revolução dos transplantes de órgãos dos anos seguintes, iniciando sua fase moderna e possibilitando que a prática do transplante de órgãos se tornasse habitual. (GARCIA, VITOLA et PEREIRA, 2015)

Em decorrência dessa evolução, assim como do ordenamento jurídico brasileiro e com escopo na promulgação, em 1988, da Constituição da República Federativa do Brasil, foi decretada a lei 9.434/97 que trouxe inovações sobre o procedimento médico sendo alterada desde a sua edição por serem necessárias em razão do dinamismo das ciências médicas.

Nessa ótica, em 2017 esta lei foi regulamentada pelo decreto presidencial de nº 9.175, corroborando com consideráveis e necessárias mudanças ao texto original, aspirando dar maior agilidade e êxito ao procedimento.

Atualmente o Brasil figura em posição privilegiada na lista dos países com as maiores taxas de transplante de órgãos, sendo referência mundial nesta área, conforme Ministério da Saúde onde cerca de 96% dos procedimentos de todo país é financiado pelo Sistema Único de Saúde, colocando o Brasil, em 2019, no 2º lugar em números absolutos como o maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos.

3 PROCEDIMENTO

3.1 TRANSPLANTE

Inicialmente faz-se necessário diferenciar órgãos de tecidos. Os tecidos são formados por células próximas uma da outra, organizadas para executar uma ou mais funções determinadas podendo ser reunidos em quatro tipos básicos definidos de acordo com sua morfologia e função, quais sejam, a epitelial, o conjuntivo, o muscular e o nervoso. Cada grupo de tecido atua para desempenhar uma mesma função não

sendo encontrados isoladamente no corpo humano, pois sempre estão associados uns aos outros.

Já os órgãos são estruturas do corpo capazes de executar determinadas funções como o coração, pulmões estômago entre outros. Sua constituição é feita por diferentes tecidos que conseqüentemente são formados por inúmeras células. Constituindo o sistema que formam o organismo, o mal funcionamento de qualquer um desses órgãos pode prejudicar o desempenho de todo o resto. (PERILO, 2020)

Articulado tais comentários, pode-se afirmar que o transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa, por outro órgão ou tecido normal de outra pessoa viva ou morta, consubstanciando que o binômio doação-transplante é indivisível. É ainda, o processo compreendido por um procedimento médico composto de etapas ordenadas de forma precisa que transforma os órgãos aptos a serem transplantados. (SAÚDE, 2015).

O paciente, chamado nesses casos de receptor, que necessita do transplante, é encaminhado para realizar exames a pedido de sua equipe transplantadora. Seus dados como potencial receptor são organizados em um programa informatizado chamado de Sistema Informatizado de Gerenciamento, gerenciado pelo Sistema Nacional de Transplantes, através de um banco de dados nacional. (SUL, 2020)

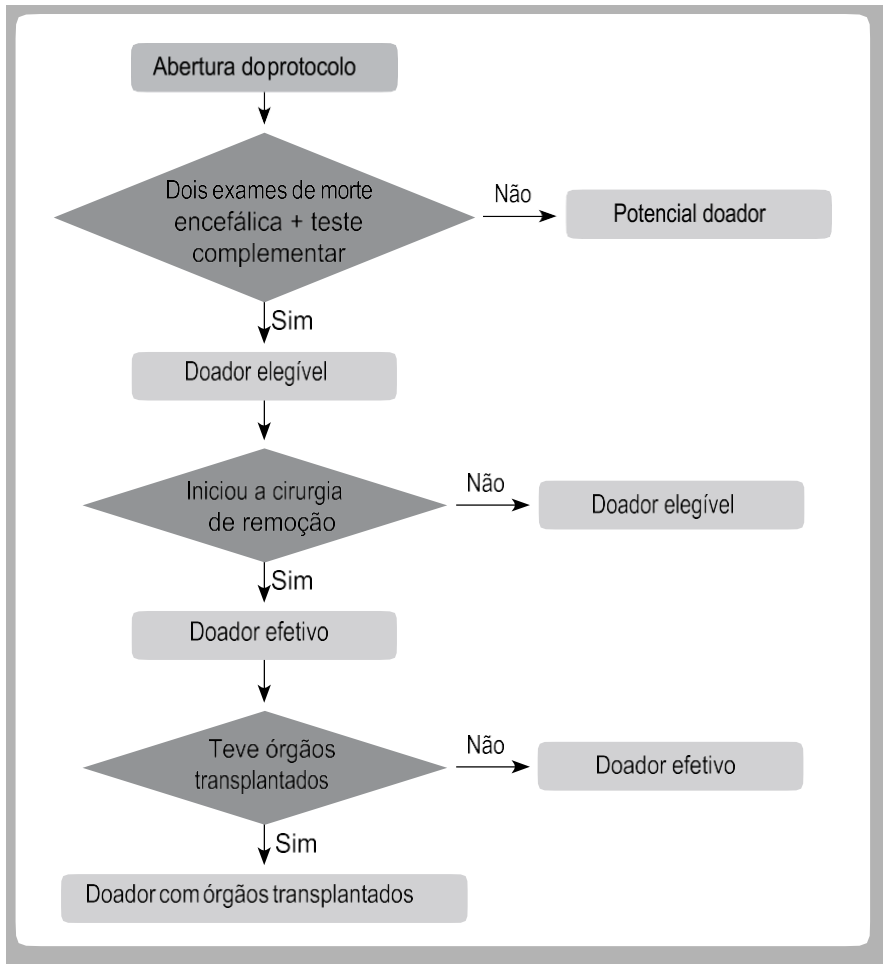
Em seguida o sistema realiza o cruzamento entre os dados do doador e do receptor e apresenta as opções mais compatíveis, possibilitando que os laboratórios autorizados procedam com os exames que comprovem a compatibilidade em que os receptores elencados em lista são submetidos à avaliação de suas equipes, para identificar condições de receber o órgão e qual o mais apto com o doador disponível. (SUL, 2020).

Destarte, o órgão é enviado pela Central de Transplantes ao hospital onde está o receptor para que seja implantado, obtendo a família do doador, através desta central, as informações sobre sexo e idade dos receptores, além de uma carta de agradecimento.

O fluxograma é definido com base nas nomenclaturas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e a The Transplantation Society que separa os pacientes com morte encefálica em possível doador, paciente com lesão encefálica grave em uso de ventilação mecânica, potencial doador, que é aquele que está após a abertura do protocolo para diagnóstico de morte encefálica, o elegível para doação, quando foi confirmado o diagnóstico de morte encefálica, o doador efetivo, quando iniciada a cirurgia para remoção de órgãos e o doador com órgãos transplantados que é quando é realizado o transplante de pelo menos um órgão. Vale esclarecer que ainda existem outras nomenclaturas utilizadas com intuito de evitar confusões e estimular a população neste processo. (GARCIA et al 2017)

O fluxograma do processo de transplante é representado na figura abaixo, com as recomendações feitas pela OMS:

Figura 1 - Fluxograma do processo doação-transplante



Fonte: UFCSPA

3.2 ESPÉCIES DE DOAÇÃO

De acordo com a legislação brasileira vigente a doação de órgãos pode se dar de duas maneiras, em vida e após a morte.

A doação de órgãos pode ser feita em vida, mas diante de alguns critérios trazidos pela lei. Dentre elas, pode-se destacar que deve ser precedida de consentimento do doador, pessoa juridicamente capaz cuja disposição do órgão deverá se dar gratuitamente, sendo permitida a doação de órgãos duplos, de parte de órgãos, tecidos e partes do corpo em que a retirada não prejudique o organismo do doador de sobreviver ou cause comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental ou, ainda, mutilação ou deformação inaceitável. (REBELO, 2017).

Quanto aos possíveis receptores do órgão a ser doado, a legislação permite tal procedimento para fins terapêuticos e para transplantes. A doação para cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, mediante autorização, preferencialmente escrita, e diante de testemunhas, especificando o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada. Para doar a qualquer outra pessoa é necessário autorização judicial que somente é dispensada em relação à medula óssea.

Com relação aos órgãos viáveis ao procedimento em vida estão a pele, parte do pulmão, parte do fígado, medula óssea, pâncreas e rim.

Dentre esses órgãos, o rim pode ser classificado sobre três perspectivas, quanto a compatibilidade imunológica, HLA- idêntico, HLA- haploidêntico e HLA- distinto, quanto ao grau de parentesco como sendo parente, não parente cônjuge e não parente e a classificação em relação a outras formas de doação, anônimo ou intercâmbio de doadores, esta última utilizada em diversos países, mas não no Brasil. (GOMES, 2015)

A lei 9.434/97 disciplina o transplante entre vivos em seu artigo ° 9, dada pela redação da lei nº 10.211/01, in verbis:

Art. -9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea.

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

corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

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

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

Tal tutela se dá com intuito de evitar o comércio de órgãos, o que é vedado pela Carta Magna, bem como pelo diploma legal que versa sobre o tema, por ser o corpo humano considerado como bem fora de comércio, salientando, ainda, que este princípio é adotado em quase todas as nações. (REBELO, 2017)

Nesse contexto, dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil em seu artigo 199, §4º:

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

Em síntese, o transplante inter vivos deve ser conduzido na intenção de ajudar o próximo, possibilitando o organismo do doador de permanecer vivo e em funcionamento, sem riscos para sua integridade ou possibilidade de a grave comprometimento de suas aptidões vitais, devendo, ainda, corresponder a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável ao receptor.

No que tange ao transplante de órgãos *post-mortem* o procedimento e tipo de órgãos a serem transplantados são diferentes, pois diferentemente do transplante inter vivos, a doação realizada nesse segundo caso não leva em consideração a o consentimento ou autorização do doador em vida, há no caso uma necessidade de autorização familiar, conforme a nova redação dada a lei 9.434/97.

Sobre este tipo de doação devem ser verificados requisitos clínicos para que seja possível o procedimento, dentre eles um protocolo rigoroso de confirmação diagnóstica através de exames clínicos e método gráfico que confirme ausência de fluxo sanguíneo ou atividade elétrica no cérebro.

3.3 DA DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA NOS CASOS DE DOADOR MORTO

Quesito oficial para os profissionais de saúde e inerente ao médico que trabalha em instituições de saúde hospitalares e ambulatoriais é o estabelecimento de quando o cérebro deixa de funcionar de maneira irreversível e as condutas a adotar a partir desse momento. (MORSCH, 2020)

A definição para o termo morte encefálica é a perda completa e irreversível das funções do encéfalo, que é o conjunto do tronco cerebral, cerebelo e cérebro, parte superior do sistema nervoso central que controla o organismo, tais como as funções essenciais ao ser humano como a respiração e influência nos batimentos cardíacos.

(MORSCH, 2020).

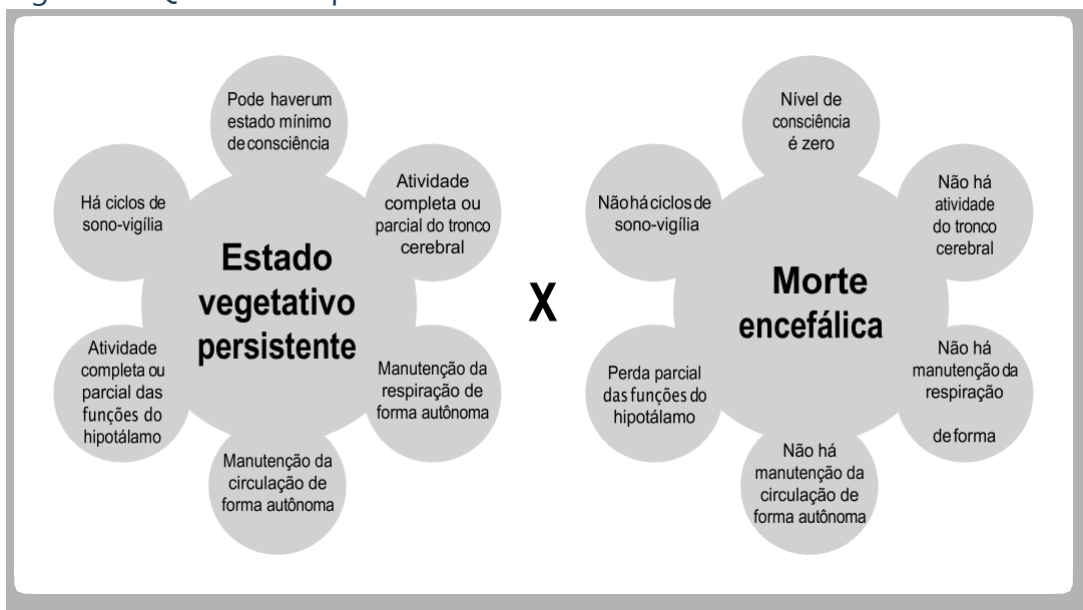
Conforme dispõe o CFM, a morte encefálica é caracterizada pela cessação das atividades corticais, córtex cerebral, e do troco encefálico. (MORSCH, 2020)

Questão muito confundida entre os familiares e que pode atrapalhar no desenvolvimento da doação de órgãos e tecidos é consubstanciada pela confusão entre morte encefálica e coma. Distintivamente da morte encefálica, o coma é caracterizado pela ausência ou extrema diminuição do nível de alerta comportamental, o nível de consciência, não respondendo a estímulos internos e externos, tendo como condição mais grave a chamada comairreversível ou estado vegetativo persistente, no qual só estão ativas respostas neurológicas reflexas. (MORSCH, 2020)

Assim, na morte encefálica, mesmo que alguns órgãos continuem funcionando, com o desligamento dos aparelhos eles irão parar, já no EPV uma pessoa ainda mantém alguma atividade neurológica, portanto, está viva, sendo possível sua recuperação com ou sem sequelas, o que não é possível quando o diagnóstico é de morte encefálica. (MORSCH, 2020)

Abaixo, com intuito de condensar as diferenças existentes entre morte encefálica e o estado vegetativo persistente, segue quadro comparativo:

Figura 3 – Quadro comparativo



Fonte: ULBRA

Nesse diapasão, conforme a Resolução do CFM nº 2.137/17, a retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de transplante cujo procedimento para a determinação da morte encefálica deve ser iniciado em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supra

espinhal e apneia persistente, ou seja “morte baseada na ausência de todas as funções neurológicas”, sendo a morte encefálica sua definição legal.

Indo além, o quadro clínico deve apresentar também os seguintes requisitos (MIRANDA, 2018):

- Presença de lesão encefálica de causa conhecida e irreversível;
- Ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico;
- Tratamento e observação no hospital pelo período mínimo de seis horas;
- Temperatura corporal superior a 35° graus;
- Saturação arterial de oxigênio acima de 94%, de acordo com critérios estabelecidos pela Resolução;
- Pressão arterial sistólica maior ou igual a 100mmHg para adultos.

Dentre as atualizações feitas pela pelo CFM cuja legislação pertinente é a Resolução 2.173/17, publicada em novembro de 2017, tem-se a informação de que poderá ser diagnosticada por mais especialistas, além do neurologista e ainda estabelece que para a determinação de morte encefálica os procedimentos devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não-perceptivo, ausência de reatividade supra espinhal e apneia persistente, sendo que em crianças tais padrões são um pouco diferentes, como o tempo maior de período de observação. (MEDICINA, 2020)

O protocolo contido na resolução 2.173/17 aduz, ainda, que o lapso temporal entre os testes clínicos será de no mínimo de uma hora entre a bateria de testes, além de recomendar como exames complementares a angiografia cerebral, o eletroencefalograma, o doppler transcraniano e a cintilografia cerebral, tendo o mínimo de 6 horas como tempo de observação para que seja iniciada tal investigação.

Faz-se necessário deslindar que após a morte encefálica, o doador pode ser conservado por aparelhos ainda com o coração batendo por período de até 48h, ao tempo que após esse lapso temporal, os batimentos cardíacos fatalmente cessarão e os órgãos não poderão ser mais aproveitados para doação. (REDAÇÃO, 2019)

No Brasil o conceito legal e clínico consiste no diagnóstico da morte encefálica baseada na ausência de todas as funções neurológicas relacionado ao encerramento permanente das atividades do encéfalo. (MORSCH, 2020)

Como consequência a morte encefálica cursa com modificações na fisiologia e na bioquímica celular dos sistemas orgânicos com efeitos clínicos importantes como a instabilidade hemodinâmica, hipotermia, coagulopatia e distúrbios hormonais, hidroeletrólíticos e imunológicos, sendo um estado inflamatório que leva a desordem

celular e molecular capazes de impactar a função dos órgãos potencialmente disponíveis para transplante. (MORSCH, 2020)

Importante informar, que é possível identificar as principais causas de morte encefálica, destacando-se entre elas (MORSCH, 2020):

- Traumatismo craniano;
- Aumento da pressão dentro do crânio decorrente de doenças, traumas e outras causas;
- Edema cerebral;
- Parada cardiorrespiratória proveniente de diversos eventos patológicos;
- Acidente vascular cerebral (AVC) – quando há interrupção da irrigação do cérebro pelo sangue;
- Tumores cerebrais ou que se desenvolvam em decorrência de metástase;
- Falta de oxigênio no cérebro;
- Overdose de drogas ou medicamentos.

Com vistas a entender como se dá o diagnóstico de morte encefálica, é o Conselho Federal de Medicina através da resolução 2.173/2017 que define os critérios para diagnóstico atualizou os parâmetros utilizados na última resolução datada de 1997. (MIRANDA, 2018)

No quadro abaixo, extraído do blog de neurologia, é possível visualizar as principais diferenças entre as resoluções:

Figura 3 – Diferenças entre as resoluções

Resolução 1.480/97	Resolução 2.173/17
---------------------------	---------------------------

<p>Parâmetros clínicos para o início do diagnóstico</p> <p>Coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia.</p>	<p>Parâmetros clínicos para o início do diagnóstico</p> <p>Coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinal, apneia persistente, lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica, ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica. Temperatura corporal superior a 35°, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg para adultos.</p>
--	--

<p>Tempo de observação para que seja iniciado o diagnóstico</p> <p>Não tinha</p>	<p>Tempo de observação para que seja iniciado o diagnóstico</p> <p>Mínimo de 6 horas</p> <p>Quando a causa fora encefalopatia hipóxico-isquêmica, a observação dever ser de 24 horas.</p>
<p>Intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas</p> <p>De 7 dias a 2 meses incompletos</p> <p>– 48 horas</p>	<p>Intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas</p> <p>De 7 dias a 2 meses incompletos</p> <p>– 24 horas</p>
<p>De 2 meses a 1 ano incompleto</p> <p>– 24 horas</p> <p>De 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas</p>	<p>De 2 meses a 24 meses incompletos</p> <p>– 12 horas</p> <p>Acima de 2 anos – 1 hora</p>

<p>Acima de 2 anos – 6 horas</p>	
<p>Confirmação da morteencefálica</p> <p>a) Exames clínicos, realizados por médicos diferentes, e exames complementares, realizados em intervalos de tempos variáveis;</p> <p>b) Os exames complementares devem demonstrar: ausência de</p>	<p>Confirmação da morteencefálica</p> <p>a) Dois exames clínicos, por médicos diferentes, especificamente capacitados para confirmar o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico;</p> <p>b) um teste de apneia;</p> <p>c) um exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica. Este exame deve comprovar: ausência de perfusão sanguínea encefálica, ou ausência de atividade metabólica encefálica ou ausência de atividade elétrica encefálica.</p>

<p>atividade elétrica cerebral, ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral.</p>	
<p>Formação dos médicos examinadores</p>	<p>Formação dos médicos examinadores</p>

<p>a) Decreto 2.268/97 (revogado pelo decreto 9.175/17) estabelecia que um dos dois médicos confirmadores da morte encefálica deveria ser neurologista;</p> <p>b) mesmo decreto estabelecia que nenhum desses médicos poderiam fazer parte da equipe de transplante.</p>	<p>a) Será considerado capacitado o médico com um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenha acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de morte encefálica, ou que tenha realizado curso de capacitação para determinação de morte encefálica;</p> <p>b) Um dos médicos capacitado para o diagnóstico de morte encefálica deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência.</p> <p>c) Nenhum desses médicos poderá fazer parte da equipe de transplante</p>
--	---

Fonte: INeuro

Dessa maneira a nova resolução de determinação de morte encefálica retrata inúmeros avanços para garantir a segurança deste tipo de diagnóstico, promovendo nesse sentido além de segurança do paciente, a contribuição do importante papel exercido pela sociedade e pelos médicos na preservação da vida.

Na sequência, após a realização de todos os procedimentos necessários para confirmação da morte encefálica, é informando o resultado ao médico assistente, seguindo os trâmites para liberação dos órgãos em caso de doação ou do corpo para sepultamento. (MORSCH, 2020)

Em suma, o significado clínico de morte encefálica, ou a fisiopatologia, decorre do aumento da pressão intracraniana, hipóxia do tecido encefálico e redução do fluxo sanguíneo cerebral induzindo, na maioria das causas de morte encefálica, a descompensação do equilíbrio entre os componentes intracranianos responsáveis pela manutenção da pressão intracraniana, causando a queda do fluxo sanguíneo cerebral e, à vista disso, hipóxia tecidual. Ocorre, portanto, lesão irreversível da célula nervosa, por transformação da permeabilidade celular e distúrbios eletrolíticos no interior da célula, com destruição gradual do cérebro e tronco encefálico e de funções vitais que ficam comprometidas. (TANNOUS, 2018)

3.4 ENTREVISTA FAMILIAR

Sendo considerada por alguns como a etapa inicial do transplante de órgãos, a entrevista familiar consubstancia-se num fator importante para família considerar a disposição do órgão. Nessa etapa, após a confirmação da morte encefálica, os coordenadores de transplante que trabalham nos Serviços de Procura De Órgãos e Tecidos fazem a avaliação do potencial doador e, se viável, realiza a entrevista familiar quanto à doação. (SANTOS, MASSAROLLO e MORAIS, 2011).

Tendo como objetivo o aumento do número de doadores, o entrevistador deve mostrar habilidosamente à família que o momento pode ser de oportunidade, transformando o que seria apenas um momento de tristeza e luto em uma oportunidade de realizar um ato nobre, a doação. Por esse motivo, faz-se necessário que o profissional que realizará a entrevista possua habilidades e conhecimentos específicos para que desempenhe de maneira respeitosa todos os atos dentro deste ato, que além de complexo é delicado e invariavelmente envolve pessoas com sentimentos diversos. (BARBOSA, FARACO et ZUCONI, 2015)

A entrevista familiar poderá ser realizada por distintos profissionais de saúde, como assistentes sociais, enfermeiros e médicos, desde que desenvolvam *know-how* para tal e integrem a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes ou a Organização de Procura de órgãos. Devem ainda, assumir a incumbência com preparo adequado, sensibilidade e postura que inspire respeito por aquele momento e confiança dos envolvidos no processo. (BARBOSA, FARACO et ZUCONI, 2015)

Após o diagnóstico e notícia por parte do médico, é providenciada a entrevista familiar cujo profissional incumbido de tal tarefa deve ser capacitado suficientemente para iniciá-la, preocupando-se com os fatores que podem facilitar a entrevista já que pesquisas apontam diversas interferências que podem macular a decisão positiva da

família, seja por prévio diálogo entre os familiares e esclarecimentos quanto à morte encefálica, seja por acolhimento dispensado a família durante a entrevista e linguagem a ser utilizada. (NCAP, 2014).

Com efeito, Elizabeth Kubler- Ross descreve em seu livro “sobre a morte e o morrer” que as existem cinco fases do luto, negação, revolta, barganha, depressão e aceitação, e nesse viés o entrevistador deve ter em mente a situação que se encontra a família do doador, tendo como premissa o luto em que se encontram, podendo, desta forma responder às necessidades dos parentes responsáveis pela autorização. (NCAP, 2014 apud ROSS, 2008).

Na estrutura da Entrevista Familiar, inicialmente, cabe a equipe dialogar com os profissionais que acompanharam o possível doador durante o internamento para dirimir a maneira de abordagem dos entes da pessoa falecida e possíveis questionamentos durante a entrevista.

Importante destacar que a comunicação da morte deverá ser realizada pelo médico do hospital ou do local onde o possível doador foi atendido, podendo a equipe de entrevista estar ou não presentes, sempre observando a melhor maneira de abordagem, sendo prudente que a aproximação do entrevistador se dê após a comunicação. (BARBOSA, FARACO et ZUCONI, 2015)

Após a informação quanto à possibilidade de doação, o entrevistador deverá expor todas as etapas consistentes no processo de transplante para que a família tenha suporte na decisão de autorizar ou não, devendo respeitá-la, encerrando a entrevista quando a família expressamente autoriza ou não a doação. (NCAP, 2014)

No caso de autorização/consentimento, os familiares e duas testemunhas devem apresentar seus respectivos documentos, e do doador, e assinar em duas vias o termo de consentimento, ao passo que o entrevistador explicará à família os passos posteriores a este ato, comunicando, em seguida, o consentimento à Organização de Procura de Órgãos, que por sua vez informará a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, a qual realizará a alocação de acordo com os critérios legais vigentes.

3.5 AUTORIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Logo após a declaração de morte encefálica do possível doador, a família deverá ser consultada e informada sobre o processo de transplante de órgão.

Nesse sentido, cumpre esclarecer, que o texto original da legislação que versa sobre o tema, estabelecia que a doação post mortem seria presumida, ou seja, seria considerado doador todo aquele que não manifestasse em vida, sua condição de não doador. Assim, a não doação somente ocorreria se fosse dado de modo expresso, caso contrário, presumir-se-ia doador. (MAYNARD, LIMA E COSTA, 2015).

Atualmente a lei, que já foi alterada e regulamentada, disciplina que a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, após a morte, tem como responsável pela decisão sobre a doação a família, deixando de lado a vontade do doador quando em vida, circunstância que revela a prevalência da decisão familiar no que concerne ao tema em comento.

Na disciplina da Lei 10.211/01 a retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas falecidas dependerá de autorização do cônjuge ou parente, maior, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presente à verificação da morte.

Importante destacar que a negativa familiar constitui um dos principais motivos para que um órgão não seja doado no Brasil. Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, no ano de 2018, 43% das famílias recusaram a doação de órgãos de seus parentes após a comprovação de morte encefálica, sendo que na maioria das vezes a negativa se dá pela simples falta de compreensão por parte dos familiares, que geralmente não compreendem o conceito de morte encefálica, quando ainda existe batimentos cardíacos. (ABTO, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2018, foram realizadas 6.476 entrevistas familiares para autorização de doação, contudo, houve 2.716 negativas perfazendo um total de 42% das potenciais cirurgias para a doação que deixaram de ser realizadas em virtude da negativa da família (BRASIL, 2019).

Já dentre as causas de não concretização da doação de órgãos de potenciais doadores notificados entre janeiro e março de 2019, houve 39% de recusa nas entrevistas, onde 1558 foram realizadas e 621 recusadas. Abaixo quadro por estado e porcentagens das causas de não concretização da doação de órgão (ABTO, 2019):

Figura - 4

		Afastados por:				
Estado	Notificações	Entrevistas	Contra-Indicação Médica	Para da Cardíaca	Morte Encefálica não confirmada	Outros
		Realizadas				

	Nº Recusa			%	Nº		Nº		Nº		Nº	
					Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total - Brasil	2.722	1.588	621	(39%)	411	(15%)	235	(9%)	200	(7%)	381	(14%)
Acre	11	6	6	(100%)	2	(18%)	0	(0%)	3	(27%)	0	(0%)
Alagoas	20	11	5	(45%)	2	(10%)	1	(5%)	5	(25%)	2	(10%)
Amapá	3	0	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	3	(0%)
Amazonas	29	11	5	(45%)	5	(17%)	1	(3%)	10	(34%)	3	(10%)
Bahia	135	82	49	(60%)	16	(12%)	31	(23%)	0	(0%)	7	(5%)
Ceará	139	96	27	(28%)	21	(15%)	19	(14%)	3	(2%)	0	(0%)
Distrito Federal	80	19	6	(32%)	27	(34%)	0	(0%)	36	(45%)	0	(0%)
Espírito Santo	54	28	17	(61%)	10	(19%)	2	(4%)	13	(24%)	4	(7%)

Goiás	104	58	40 (69%)	26 (25%)	0 (0%)	11 (11%)	10 (10%)
Maranhão	29	8	4 (50%)	16 (55%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (17%)
Mato Grosso	20	6	4 (67%)	4 (20%)	1 (5%)	10 (50%)	0 (0%)
Mato Grosso do Sul	58	36	19 (53%)	17 (0%)	0 (0%)	5 (9%)	4 (7%)
Minas Gerais	187	81	30 (37%)	1 (1%)	32 (17%)	4 (2%)	52 (28%)
Pará	25	14	10 (71%)	5 (20%)	0 (0%)	6 (24%)	0 (0%)
Paraíba	31	14	7 (50%)	2 (6%)	2 (6%)	1 (3%)	15 (48%)
Paraná	265	182	45 (25%)	54 (20%)	20 (8%)	7 (3%)	22 (8%)
Pernambuco	108	75	30 (40%)	23 (21%)	1 (1%)	7 (6%)	2 (2%)
Piauí	47	22	19 (86%)	25 (53%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)



Rio de Janeiro	204	122	35 (29%)	62 (30%)	32 (16%)	6 (3%)	9 (4%)		
Rio Grande do Norte	49	30	12 (40%)	10 (20%)	4 (8%)	7 (14%)	0 (0%)		
Rio Grande do Sul	169	98	39 (40%)	30 (18%)	1 (1%)	38 (22%)	6 (4%)		
Rondônia	18	10	1 (10%)	1 (6%)	2 (11%)	2 (11%)	4 (22%)		
Roraima	4	0	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)		
Santa Catarina	139	106	29 (27%)	16 (12%)	0 (0%)	8 (6%)	14 (10%)		
São Paulo	750	456	169 (37%)	23 (3%)	86 (11%)	0 (0%)	218 (29%)		
Sergipe	37	16	13 (81%)	13 (35%)	0 (0%)	8 (22%)	0 (0%)		
Tocantins	7	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (86%)	0 (0%)		

Fonte: ABTO

Mais do que as questões puramente técnicas e organizacionais, como os problemas namanutenção e a não detecção dos possíveis doadores e a subnotificação das mortes encefálicas, a não autorização familiar é uma das barreiras à efetivação da doação, como pode ser visto na tabela acima, sendo que entre os motivos alegados pelas famílias para a negativa está a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica, insatisfação com o atendimento médico- hospitalar, a oposição da pessoa em vida ao procedimento e o receio de mutilação do corpo. (BARBOSA, FARACO et ZUCONI, 2015)

Nesse sentido, muitos dos familiares creem também que o consentimento para a doação é tida como o atestado de óbito do parente falecido assinado pelo próprio familiar, percepção esta que foi relatada pelos familiares de potenciais doadores em um estudo realizado a fim de qualificar as razões da recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante. (BARBOSA, FARACO et ZUCONI, 2015)

Questão também possível de ser suscitada pelos familiares é a interferência por motivos culturais e religiosos que neste último caso pode ser arguida pelos familiares e o próprio doador em vida, quando possuem convicções contrárias ao ato de dispor do próprio corpo.

3.6 RETIRADA DE ÓRGÃOS

Após autorizada a doação de órgãos, e sendo caracterizado o potencial doador, a equipe responsável pelo processo aciona a Central, informando os órgãos e tecidos doados pela família, sua condição clínica-laboratorial e horário previsto para início do procedimento de retirada. Em seguida, a Central de notificação e Captação promove a distribuição dos órgãos e tecidos e identifica as equipes que realizarão a retirada. (ABTO, 2009).

Partindo da premissa de que de um mesmo doador pode-se retirar diversos órgãos para o transplante, a possibilidade de beneficiar várias pessoas é grande já que os dados informatizados do doador são cruzados com os das pessoas que aguardam na fila pelo órgão.

Mister esclarecer, também, que os profissionais envolvidos trabalham para não ultrapassar o tempo limite para a retirada de cada órgão, além da preservação dos mesmos durante o transporte.

Nessa senda, a tabela abaixo, retirada do portal da ABTO, demonstra o tempo médio para retirada e preservação fora do corpo:

Figura 5 – Tempo de utilização para transplante

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

*PC: Parada Cardíaca

Fonte: CREMESP

3.7 TRANSPORTE

O processo logístico tem início depois de autorizada a doação dos familiares, momento em que a Organização de Procura de órgãos e tecidos (OPO) informa a viabilidade do doador à Central de Notificação Captação e Distribuição de órgãos e Tecidos (CNCDO), que realiza a distribuição dos órgãos e, em seguida, indica a equipe responsável que realizará o transplante. (FACHINI,).

As regras generalizadas a respeito desse processo é disposto pela ANVISA que não estipula regras distintas para os diferentes órgãos fazendo com que todo órgão submetido a transporte para o transplante precise ser acompanhado por um profissional da área responsável pelo procedimento, com o aval da CNCDO, determinando, assim, o tipo de transporte, que somente poderá ser do tipo transporte não acompanhado se for veículo oficial ou terceirizado legalmente constituído na empresa. (ADRIOLLI, 2015)

Visando a proteção do material, das pessoas e do ambiente durante as etapas do transporte até o destino, a ANVISA em 2009, RDC nº66³, definiu o acondicionamento de órgãos como procedimento de embalagem do órgão humano, proibindo, ainda, seu transporte com qualquer outra carga que possa apresentar risco de contaminação ou a integridade do órgão. (ADRIOLLI, 2015)

Nesse sentido, "um operador logístico é um fornecedor de serviços logísticos integrados, transporte, armazenagem, estocagem, informação, que busca atender com total eficácia as necessidades logísticas de seus clientes de forma individualizada." (ADRIOLLI apud Albuquerque e Vasconcelos, 2004). Esse operador é de grande valia para organizar esse processo logístico, principalmente no caso de transplantes em que

tal procedimento labora com vidas humanas e sua falha pode causar o fim de uma existência.

Mister salientar o quão importante é a maneira de efetivação desse transporte, pois dentre os problemas causadores de diminuição na taxa de transplante, de acordo com a Revista Brasileira de Cirurgia cardiovascular, o mau acondicionamento do órgão junto a solução estéril, acarretou na perda de 42% de 1039 corações que seriam utilizados em transplantes perfazendo um total de 430 seres humanos que perderam a chance de uma vida nova com o procedimento. (ADRIOLLI, 2015).

O Centro de Gerenciamento da Navegação Aérea (CGNA) realiza, há cerca de oito anos, a tarefa de coordenação de voos e facilitação de todas as etapas envolvidas no processo de transplante de órgãos a serem transplantados, motivo pelo qual possui duas posições da Central Nacional de Transplantes em seu salão Operacional. 24h por dia, para conduzir a logística de distribuição. (UBIRATAN, 2019)

Após o recebimento da solicitação, os profissionais designados no CGNA iniciam a busca pelo voo adequado mais próximo e que sirva ao percurso pretendido e, caso não encontrem, acionam o Comando de Operações Aeroespaciais (COMAE) da Força Aérea Brasileira (FAB), que viabiliza uma aeronave militar. (UBIRATAN, 2019)

Nessa perspectiva, a FAB mantém tripulações de sobreaviso nas capitais do Amazonas, Pará, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, tudo com o intuito de prestar o apoio no menor tempo possível. Em 2019, a Força Aérea Brasileira divulgou os números os transportes de órgãos realizados nos nove primeiros meses daquele o qual de um total de 121 órgãos transplantados, 117 foram realizados pelas missões de Transporte de órgãos, Tecidos e Equipes (TOTEQ), dos quais 53 foram de fígado, 44 de coração, 8 de pulmões, 15 de rins e 1 de pâncreas. (UBIRATAN, 2019)

Com vistas a complexidade da logística de transporte, desde o Decreto nº 9175/17, foi permitido o uso de aeronaves militares em sua execução, já que antes a maior parte era realizada pela aviação comercial. Esse planejamento inicia-se no Centro de Gerenciamento de Navegação Aérea que avalia qual melhor meio de transporte aéreo disponível, se o militar ou o comercial, tendo como tempo para a realização da logística o limite do tempo de isquemia fria, ou seja, o período que ele pode ficar sem circulação sanguínea, do coração, órgão que possui o menor tempo. (UBIRATAN, 2019)

Consequentemente o transporte constitui-se em determinante na qualidade do processo e no desfecho do transplante de órgãos já que estratégias bem implementadas evitam falhas e danos ao transplantado. (BRANCO et al, 2018)

3.8 RECUPERAÇÃO

A recuperação pós transplante inicia-se com a realização da cirurgia momento

este que o organismo leva para se recuperar já que há a necessidade do corpo em se adaptar ao novo órgão e com os imunossupressores que serão utilizados habitualmente.

É certo, ainda, que poderão ocorrer complicações pós cirúrgicas, inclusive a rejeição do órgão que poderão ser contornadas pela equipe médica que se esforçará no sucesso do procedimento. Essa equipe multidisciplinar é composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente pessoa e psicólogo. (BRANCO et al, 2018)

Após a alta, o paciente submetido ao transplante necessita de assistência periódica e rigorosa monitorização para prevenção das possíveis complicações, variando o protocolo de acordo com cada instituição que geralmente tem como parâmetro a visita semanal que tem seu intervalo aumentado com o decorrer do tempo. (BRANCO et al, 2018)

Dentre as orientações estabelecidas pela Associação Brasileira de Transplante de órgãos e Tecidos, há indicações quando a alimentação que será liberada após a autorização médica, higiene, inicialmente será com a ajuda da equipe de enfermagem, e quanto aos cuidados com a ferida operatória, sempre observando que se a ferida operatória apresenta sinais de ruptura de pontos, vermelhidão, calor local e saída de secreção a febre maior que 37,5°C, a comunicação a equipe transplantadora deve ser feita imediatamente. (ABTO, 2019)

4 O PAPEL DO MÉDICO ASSISTENTE NO TRANPLANTE DE ÓRGÃOS

O médico assistente desempenha um importante papel no desencadeamento do processo de transplante de órgãos e tecidos. Essa sequência se inicia com a detecção precoce de prováveis pacientes em morte encefálica, onde é aberto um protocolo diagnóstico de verificação. Esse protocolo obedece à critérios técnicos e legais que certificam o óbito e a irreversibilidade do quadro clínico neuronal. Uma vez fechado o diagnóstico de morte encefálica, todo o suporte terapêutico ofertado é mantido afim de permitir a viabilidade dos outros órgãos que possivelmente possam ser captados (SCHEIN, 2006)

Neste mesmo momento, o médico assistente tem por responsabilidade notificar a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), e realizar a entrevista familiar, com o apoio ou não de uma equipe multidisciplinar. A comunicação familiar visa prestar acolhimento nesse difícil momento de perda e sensibilizar quanto ao ato da doação. (CINQUE et BIANCH, 2010)

São esclarecidos também os reais objetivos da permanência temporária da assistênciaterapêutica ofertada. Obtido o consentimento familiar com a assinatura do termo para doação, a equipe da CNCDO está autorizada a remover os órgãos e tecidos viáveis. (ABTO, 2009)

A depender do país e da cultura em que este médico esteja inserido, a legislação vigente é que regulamenta as necessidades técnico-legais para se proceder a doação, contudo os critérios médicos utilizados para se constatar o quadro de morte encefálica, os manejos para manutenção da viabilidade dos órgãos e os testes de histocompatibilidade tecidual entre doador e receptor, se aproximam nas diferentes partes do mundo. Outras questões subjetivas e de cunho pessoal podem interferir na intenção e na atuação do médico assistente, impactando significativamente no número de notificações precoces de morte encefálica, na qualidade da preservação dos órgãos a serem doados e no índice de aceite dos familiares dos doadores, já que perpassa pelo médico o adequado esclarecimento técnico e o estabelecimento de vínculos de confiança entre o profissional e os familiares. (MARINHO, 2006)

Entendendo o papel desempenhado pelo médico assistente no desencadeamento do processo de transplante de órgãos e o possível impacto que a sua atuação pode representar no número de transplantes em todo o mundo, esse estudo tem por objetivo fazer uma revisão sistemática sobre essa temática, analisando o papel desse médico, a partir dos seus conhecimentos e de suas atitudes frente a captação de órgãos e tecidos em diferentes países do mundo.

O processo de doação de órgãos e tecidos se inicia com a identificação precoce da morte encefálica em um potencial doador, sendo ofertado todo o suporte terapêutico necessário para manutenção da homeostase dos órgãos até que haja uma definição sobre o seu aproveitamento ou não.^{6,7} Em alguns países do mundo, essa captação de órgãos é realizada a partir da vontade expressa deixada em vida pelo paciente, em outros a captação do órgão é realizada de forma compulsória pelo Estado. No Brasil, a notificação da morte encefálica é compulsória, mas somente compete aos familiares a autorização para retirada dos órgãos e tecidos para doação. O médico assistente do paciente e a sua equipe são responsáveis pela primeira abordagem aos familiares, esclarecendo os trâmites de todo o processo, e pela obtenção dessa autorização. (CINQUE et BIANCHI, 2010)

O diagnóstico precoce da morte encefálica em um potencial doador é uma importante etapa no desencadeamento do processo de transplante. Para se estabelecer esse diagnóstico, a legislação brasileira exige a realização de dois exames clínicos e um complementar, realizados por médicos diferentes, sendo preferencialmente um deles neurocirurgião ou neurologista. O exame complementar visa comprovar a ausência de perfusão tecidual, atividade elétrica ou atividade metabólica encefálica. (ANDRANDE et al, 2007)

A morte encefálica é compreendida pela completa e irreversível parada de todas as funções cranianas, que impossibilitem sua recuperação funcional e estrutural, assim como o pleno funcionamento das funções cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais e controle térmico. (SAÚDE, 2015)

Assim que constatado o diagnóstico da morte encefálica, o médico assistente

deve proceder com a notificação compulsória do óbito com registro de data e hora, e comunicar à CNCDO do seu estado, independente da vontade de doação dos familiares ou da condição clínica do potencial doador. (COELHO et BONELLA, 2019)

No Brasil de cada oito possíveis doadores, apenas um é notificado, e desses, somente 20% são utilizados como doadores de múltiplos órgãos. A demora na identificação e notificação da morte encefálica, o inadequado manejo na preservação da viabilidade desses órgãos e o não aceite familiar são apontados como principais fatores responsáveis por essas perdas. Mesmo sendo reconhecido como um dos maiores programas de transplantes do mundo, tendo realizado cerca de 8 mil transplantes em 2014, essa demanda somente atendeu 40% dos transplantes renais, 30% dos transplantes hepáticos, e apenas 27% dos transplantes cardíacos. A alta morbidade daqueles que esperam na fila e a crescente procura por esse padrão terapêutico, tornam urgentes as necessidades de eficiência desse sistema.³ Para incentivo na organização desse processo de transplante foi regulamentada em 2005, uma Portaria Ministerial nº 1.752, que institui em hospitais com mais de 80 leitos, a formação de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes atuando: na capacitação dos profissionais de saúde; oferecendo suporte psicológico no momento da entrevista familiar; e estabelecendo um maior vínculo entre as instituições de saúde e a CNCDO. (COELHO et BONELLA, 2019)

A manutenção artificial da viabilidade desses órgãos é dada a partir: da infusão de drogas vasoativas e reposição volêmica rigorosa para manutenção da normotensão; do aumento da oferta de oxigênio com adequado controle gasométrico arterial; no controle térmico corporal com mantas aquecidas e/ou infusão aquecidas. Há também correção de possíveis distúrbios hidroeletrólíticos, controle da glicemia e da hemoglobina, uso regular e antibióticos profiláticos e proteção das mucosas oculares.¹⁹ A assistência terapêutica prestada neste momento, visa única e exclusivamente a manutenção da homeostase dos órgãos a serem captados, uma vez não aceita a doação pelos familiares ou contraindicada pela CNCDO, o suporte terapêutico deve ser prontamente suspenso. (SANTOS, MASSAROLLO e MORAIS, 2011).

O momento da abordagem, pelo médico assistente, para obtenção do consentimento familiar é um dos aspectos cruciais na doação. Segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), em 2014, a taxa nacional de recusa familiar chegava à 46% dos casos notificados de morte encefálica, tendo o estado da Bahia uma das maiores taxas de recusa familiar do país (62%), situação bem contrastante com o estado de São Paulo que apresentou 36% de recusa, um dos melhores índices do país. Diversos motivos são associados ao tema, dentre eles: a dificuldade na compreensão do diagnóstico de morte encefálica, o receio da mutilação do corpo do falecido, o não conhecimento do desejo de doação do paciente; crenças religiosas, dogmas ou superstições; divergência de opinião entre familiares a respeito da doação; o escasso tempo para tomada de decisão; falha na comunicação e relação interpessoal entre o profissional médico e a família. (BRITO et PRIEB, 2013)

Além disso, inclusive, diversas questões são levantadas em estudos inferindo no conhecimento e nas atitudes dos médicos, através de questionamentos, no desencadeamento do processo de transplantes de órgãos. Essas questões passam pela capacidade técnica de formação profissional, quando inqueridos sobre o conhecimento técnico para o diagnóstico da morte encefálica e manutenção dos órgãos a serem transplantados, quanto das questões legais específicas de cada país para captação desses órgãos. Quesitos também relacionados com a experiência profissional e as opiniões pessoais do profissional médico quanto a doação ou não de seus órgãos ou de um familiar.

Nessa senda o adequado conhecimento médico sobre os critérios para definição da morte encefálica é fator crucial na decisão pela abertura do protocolo em tempo hábil, para captação e manutenção da viabilidade dos órgãos. A legislação em diversos países exige que o diagnóstico clínico, em dois tempos, seja complementado obrigatoriamente por um exame de imagem, que comprove a ausência de perfusão tecidual cerebral. Contudo, os estudos apresentados identificaram que esses critérios não eram de conhecimento unânime entre os médicos pesquisados, havendo uma melhora nos índices quando se aumentava o grau de especialização ou direcionava-se para a área de atuação em terapia intensiva.

Cada país possui uma legislação própria para doação e transplante de órgãos, mas a maioria dos seus preceitos convergem para uma atuação comum ética e humanizada. O correto conhecimento dos critérios legais no transplante de órgãos permite que profissionais médicos hajam com segurança e transparência nesse processo. A uniformidade no conhecimento dos trâmites legais parece não estar presentes nos estudos apresentados. (FOSS et al, 2014)

A experiência profissional e o maior nível de educação médica são fatores associados a um maior conhecimento e uma atitude mais positiva em relação à doação de órgãos onde médicos especialistas acabam sendo mais propensos a aceitar a morte encefálica quando comparado com outros profissionais médicos em formação ou profissionais de saúde de outras áreas. (MARCK et al, 2015)

Saliente-se, ainda, que a perspectiva altruísta do profissional médico em ser doador de órgãos ou favorável a aceitação da doação de órgãos de seus familiares, possibilitam uma maior inferência na motivação em auxiliar na identificação, manejo e abordagem dos familiares na solicitação de autorização para doação. Os estudos que indagaram esse questionamento, chegaram à conclusão que médicos que tinham um melhor conhecimento sobre morte encefálica e o processo de transplante de órgãos eram mais propensos em aceitar a doação, quando comparados a outros de menor conhecimento. (TEIXEIRA et al, 2012)

O estabelecimento de vínculos recíprocos de confiança entre a equipe médica assistente e os familiares, permitem uma maior compreensão e aceite na doação dos órgãos de seus familiares. Contudo, a discordância de opiniões entre familiares, o

tempo escasso para tomada de decisão, a inadequação do local de conversa e até mesmo a inadequação de comunicação entre a equipe e os familiares são empecilhos que dificultam o aceite dos familiares. Os estudos indicaram que em sua própria opinião os médicos acreditavam que conseguiam transmitir aos familiares de forma clara os aspectos relacionados a morte encefálica

e doação de órgãos, contudo os preceitos sociais, religiosos e culturais negativos em relação a essa temática interferiam na decisão final. (FOSS, 2014)

5 OS DIREITOS DE PERSONALIDADE E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

5.1 CONCEITOS GERAIS

Ao final do século XX a concepção patrimonialista é ultrapassada e o direito passa a proteger o homem como sendo a *ultima ratio* do ordenamento, substituindo a propriedade, os contratos, a família e colocando o ser humano como sua medula, não sendo exteriores ao seu titular, pois decorrem da manifestação da natureza do ser humano. (BORTONCELLO, 2006)

Logo, antes de adentrar no assunto deste capítulo, cumpre esclarecer os conceitos de pessoa e personalidade jurídica.

Conforme disciplina Maria Helena Diniz (2012), a acepção jurídica do termo "pessoa" é o ente físico ou coletivo suscetível de direitos e obrigações, cuja expressão se assemelha a sujeito de direito, que é aquele sujeito de um dever jurídico, de uma pretensão ou titularidade jurídica, que é o poder de fazer valer, através de uma ação, o não cumprimento de um dever jurídico ou o poder de imiscuir-se na produção da decisão judicial. (DINIZ, 2012, apud Cánovas)

Já a personalidade jurídica, por ser inerente e comum a todos os seres humanos, transforma-se ainda em pressuposto jurídico formal e substancial da igualdade jurídica que se concretiza na presunção de que cada ser humano deve respeitar a personalidade jurídica dos outros, enquanto reflexo da sua própria, não sendo um atributo exclusivo. (MARINGHETTO, 2019)

Nesse sentido, pessoa e personalidade são conceitos relacionados já que esta manifesta a faculdade daquela de ser sujeito de direito, atributo conferido ao ser humano de que provém todos os direitos e obrigações. (MARINGHETTO, 2019)

5.2 DIREITOS DE PERSONALIDADE

Os direitos da personalidade, por sua vez, são em regra extrapatrimoniais, são direitos subjetivos e, portanto, conferem à pessoa o poder de defender sua personalidade no aspecto psicofísico amplo, atributo que habilita a pessoa a ser titular de relações jurídicas considerada, ainda, como objeto de proteção por parte do ordenamento jurídico, tendo como base desses direitos o princípio da dignidade da pessoa humana, esculpido na Carta Magna de 1988.

Nesse contexto, com fim na proteção dos direitos indispensáveis à dignidade e integridade da pessoa, os direitos de personalidade são considerados absolutos, intransmissíveis, indisponíveis, irrenunciáveis, ilimitados, imprescritíveis, impenhoráveis, e inexpropriáveis. São absolutos por terem eficácia *erga omnes*, ou

seja, contêm em si um dever geral de abstenção além de possuir uma estreita ligação com a indisponibilidade que, por sua vez, abrange a intransmissibilidade ou inalienabilidade, a irrenunciabilidade e impenhorabilidade, que nada mais é que a impossibilidade de transmutar o titular nem pela própria vontade do indivíduo. Considerados, também, necessários e inexpropriáveis, já que são inatos, isto é, adquiridos no momento da concepção não podendo ser retirados da pessoa enquanto ela viver, isto é, são direitos vitalícios cujo término, em regra, ocorre com a morte de seu titular, o que não é completo uma vez que certos direitos sobrevivem. (DINIZ, 2012)

Outra característica manifesta desse direito é seu caráter extrapatrimonial mesmo que em alguns casos possa ser medido economicamente além de serem ilimitados, ante a impossibilidade de se ter um número fechado de direitos. (DINIZ, 2012)

Nesse sentido, uma das características dos direitos de personalidade é justamente a sua não limitação, de forma que não são apenas aqueles enumerados dentro de diploma legal, ou seja, não é taxativo, seja pelos avanços científicos e tecnológicos, seja pela internet, manipulação de gene ou imagem virtual.

Validando esse entendimento segundo Etori (LIMA apud ETTORI):

Ao longo da história, novos direitos de personalidade têm sido identificados. Na medida em que a sociedade torna-se mais complexa e as lesões às pessoas proliferam, até mesmo como decorrência de certos usos da tecnologia, novas problemáticas demandam resposta jurídica. É o que ocorre no campo dos direitos de personalidade: são direitos em expansão. Com a evolução jurídica e o desenvolvimento da pesquisa sobre o direito, vão se revelando novas situações que exigem proteção jurídica e, conseqüentemente, novos direitos vão sendo reconhecidos. Por isso, os direitos de personalidade não são *numerus clausus*. Nem os direitos de personalidade presentes na Constituição Federal nem a listagem contida no texto do Código Civil de 2002 são listas exaustivas ou taxativas, uma vez que os direitos de personalidade não são unicamente aqueles direitos expressamente previstos, ou típicos.

Esses direitos são regulamentados pelo Código Civil brasileiro, pela Constituição Federal assim como várias Convenções Internacionais, dentre elas a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU de 1948.

Os direitos de personalidade são direitos inerentes e inseparáveis do próprio conceito de personalidade humana. A personalidade é característica intrínseca do ser humano, não necessitando do preenchimento de qualquer condição, vontade ou conhecimento deste.

Existem diversas teorias que tentam fixar a origem de sua essência, sendo este um caminho longo e marcado de sinuosidades, tendo sido iniciado, de modo incipiente, na antiguidade clássica. (BERTI, 2020)

O ponto de partida desses direitos deve ter como prólogo a história antiga que já tecia reflexões sobre o tema, que por mais que possam ser interpretadas de modo simples, contribuíram demasiadamente para a consolidação do que se entende por direitos da personalidade na atualidade. (BERTI, 2020)

A especificação do tratamento dado aos seres humanos nos períodos históricos é pronunciado já que dentro do cristianismo, por exemplo, faz-se uma referência do homem à imagem de Deus, portando nesse sentido, personalidade capaz de alcançar a salvação, respondendo pelas opções que por acaso o façam dando origem a tradição teológico-cristã de sedimentação dos Direitos de Personalidade reconhecidos ao indivíduo dotado de racionalidade. (BERTI, 2020)

Consecutivamente, não mais satisfazendo os anseios do pensamento mítico daquela época, a filosofia nasce, correspondendo seguidamente a superação da ideia do caos e configurando a elevação da razão, exponenciada na idade moderna com seu iluminismo. (BERTI, 2020)

Dessa evolução se obteve o reconhecimento recente de que os direitos de personalidade é categoria de direito subjetivo, tendo sua tutela jurídica advinda da antiguidade, que no fim do século XX foi capaz de construir a dogmática desses direitos ante o redimensionamento da noção de respeito à dignidade da pessoa humana. (DINIZ, 2012)

Nessa senda, embora existam diversos pontos de vista sobre os quais incidem os direitos de personalidade, é certo que seu cerne é sempre o mesmo, a proteção ao ser humano em sua forma mais completa, em seus aspectos intrínsecos e extrínsecos, que podem ser condensados na proteção à vida, ao corpo, ao nome, à psique, à liberdade, à intimidade, à honra, ao segredo, à figura pessoal, e à autoria. (KRASTINS, 2006)

Para o autor Rubens Limongi França, por exemplo, o conteúdo dos direitos de personalidade, de forma ampla, está relacionado a proteção da integridade física consubstanciados no direito à vida, incluindo a concepção, a descendência, o nascimento, o leite materno, o planejamento familiar, a proteção do menor, a alimentação, a habitação, a educação, o trabalho, o transporte adequado, a segurança física, o aspecto físico da estética humana, a proteção médico hospitalar, ao meio ambiente ecológico, o sossego, o lazer, o desenvolvimento vocacional artístico, a liberdade, o prolongamento artificial da vida, a reanimação, a velhice digna e os problemas relativos a eutanásia, o direito ao corpo vivo, alcançando o direito ao espermatozoide e ao óvulo, ao uso do útero para procriação alheia, ao exame médico, a transfusão de sangue, a alienação de sangue, ao transplante de órgãos e tecidos, a

transexualidade, mudança de sexo entre outros. (KRASTINS,2006))

Assim, partindo da premissa de que a integridade física é uma das expressões dos direitos da personalidade e estando nela incluídos os atos de disposição do próprio corpo, este ato pode ocorrer de duas formas, em vida e *post mortem*, de forma gratuita em ambos os casos, por expressa determinação legal, já que é vedado sua comercialização sob pena de incidir em normas penais.

Diante dessa proteção jurídica que o ordenamento cede acerca da integridade física é possível visualizar que a disposição do próprio corpo não só é permitida como encontra fundamento na Constituição Federal, no título da ordem social que expressamente prevê a autorização do transplantes de órgãos, obedecendo, sempre, ao disposto em lei sobre as condições e requisitos que facilitem este tipo de procedimento.

5.3 A DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO FUNDAMENTO DOS DIREITOS DE PERSONALIDADE

A despeito de não possuir uma delimitação conceitual, o princípio da dignidade da pessoa humana insere-se dentro dos fundamentos do Estado democrático de direito, ligado a uma perspectiva de proteção da personalidade estabelecida no conceito de que o ser humano é o centro da organização jurídica e social e de que esta dignidade constitui-se em atributo intrínseco a todos, considerado como fundamento dos direitos de personalidade, além de fundamento do próprio direito, bem como valor fonte do sistema jurídico ou princípio-matriz. (KRASTINS apud ELDEMAN, GARCIA, 2006)

Apesar disto, o estabelecimento de uma definição, ainda que aberta, já que o seu uso indiscriminado possibilita à banalização de um conceito que ocupa posição central na ordem jurídica nos dias atuais, é necessário. (RIBEIRO, 2018)

Para Ingo Wolfgang Sarlet o princípio da dignidade da pessoa humana é "a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa contra todo ato e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida." (RIBEIRO apud SARLET, 2010)

Não obstante, a dignidade da pessoa humana é aceita como o ponto central do estudo de valores morais dos sistemas constitucionais atuais, constituindo a fonte jurídico-positiva dos direitos fundamentais, sendo o valor que proporciona unidade e coerência ao conjunto desses direitos. (RIBEIRO, 2018)

Este princípio basilar deve ser compreendido de forma multicultural, não podendo ser servilumbrado de uma forma fixa e uniforme, já que o interprete deve valer-se da ética e do multiculturalismo manifestado em inúmeras sociedades democráticas. Por esse ângulo, a dignidade da pessoa humana instrui as normas constitucionais e infraconstitucionais, tendo a Carta Magna de 88 apenas reconhecido essa dignidade material, inserindo-a formalmente no topo do ordenamento brasileiro no intuito de garantir o respeito ao princípio norteador de todo e qualquer direito humano.

Além de tudo, este princípio envolve a tutela da integridade física e psíquica do homem permitindo sua análise junto ao transplante de órgãos e tecidos humanos. Deste modo, é assegurando ao homem gravemente doente a disposição de técnicas terapêuticas como o transplante para salvaguardar sua vida, assim como é assegurado o direito daquele indivíduo que, potencialmente poderá se tornar um doador a também viver a sua vida. (KRASTINS, 2006) Partindo desse entendimento, o transplante de órgãos tem como base direitos de personalidade como à vida, à integridade física, a autonomia da vontade e a informação, direitos estes que possuem seu eixo consubstanciado na dignidade da pessoa humana.

Com base neste fundamento inerente a todos que a dignidade confere também a condição particular de autonomia, isto é, o homem possui em si a possibilidade de exercício de sua vontade, liberdade na qual o sujeito enquanto um fim em si mesmo, pode tomar suas próprias decisões. (GARRIDO, 2013)

Observando este cenário que André Ramos Tavares arrematou o tema quando a autonomia decorrente do fundamento da dignidade da pessoa humana:

Dessa forma, a dignidade do Homem não abarcaria tão somente a questão de o Homem não poder ser um instrumento, mas também, em decorrência desse fato, de o Homem ser capaz de escolher seu próprio caminho, efetuar suas próprias decisões, sem que haja interferência direta de terceiros em seu pensar e decidir, como as conhecidas imposições de cunho político eleitoral (voto de cabresto), ou as de conotação econômica (baseada na hipossuficiência do consumidor e das massas em

geral), e sem que haja, até mesmo, interferências internas, decorrentes dos, infelizmente, usuais, vícios. (GARRIDO, apud TAVARES, 2013, p. 441-442)

Mediante o exposto, a autonomia privada do indivíduo é uma das formas de se acatar ao fundamento constitucional já que proporciona à pessoa o agir por si próprio, baseado na sua liberdade, ressaltando que o seu exercício é limitado pela mesma norma que impede práticas contrárias ao princípio fundamento do próprio Estado Democrático de Direito. (GARRIDO, 2013)

Nesse sentido, o fundamento pode ser considerado frente a outros ramos do direito, como é o caso da bioética, conforme considerações feitas pela Professora Maria Helena Diniz (2011), a seguir exposta:

Urge, portanto, a imposição de limites à moderna medicina, reconhecendo-se que o respeito humano em todas as suas fases evolutivas (antes de nascer, no nascimento, no viver, no sofrer e no morrer) só é alcançado se estiver atento à dignidade humana. [...] Para a bioética e o Biodireito a vida humana não pode ser uma questão de mera sobrevivência física, mas sim de “vida com dignidade”

Nessa perspectiva, no que toca a doação de órgãos no ordenamento atual, é indiscutível que o tema seja recorrente no meio acadêmico científico, seja por ambição em trazer enormes benefícios ao ser humano, seja por envolver questões éticas e jurídicas.

O direito ao corpo, nele inseridos os órgãos, tecidos e partes separáveis, bem como o direito ao cadáver, são influenciados pelo princípio da dignidade da pessoa humana, assim como da integridade física, sendo possível sua diminuição no caso de exigência médica ou exposição para fins científicos ou altruísticos, conforme abordagem pelo Código Civil.

Por fim, e não menos importante, é possível identificar que dentro da sistemática vigente há controvérsias oriundas desses institutos que necessitam de discussões abertas com intuito de vislumbrar e até mesmo contribuir para manter o entendimento atual ou alterá-los, caso seja necessário.

6 A EVOLUÇÃO BRASILEIRA ATINENTE A LEGISLAÇÃO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

6.1 ASPECTOS GERAIS

A legislação brasileira acerca da matéria é contemporânea já que a ausência de regulamentação, ao que parece, devia-se ao fato de pouco desenvolvimento científico na matéria. No esboço preparado por Teixeira de Freitas sequer era

mencionado os direitos de personalidade, fato este também visto no Código Civil de 1916, que não tratava do assunto muito menos sobre transplante de órgãos e tecidos. (ANDRADE, 2009)

O direito passou a regulamentar a matéria com a edição da Lei 4.280/63 que dispunha sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida, sendo alvo de críticas pelas palavras e termos usados no texto como uso da palavra extirpar, que poderia inclusive dar uma interpretação errada como a retirada com violência, e o termo pessoa falecida, impropriamente utilizado já que o falecido não é mais pessoa. (ANDRADE, 2009)

Nesta lei a retirada de órgãos era autorizada pelo doador ainda em vida, com a expressa autorização por escrito ou, ainda, na ausência dessa autorização, quando não houvesse objeção do cônjuge, dos parentes até o segundo grau ou de corporações civis e religiosas que fossem incumbidos pelo destino dos despojos. Observa-se assim, que inicialmente, era entendido como prioridade a vontade do potencial doador sobre a instituição familiar. (ANDRADE, 2009)

Como a lei somente dispunha sobre a extirpação de órgãos de cadáveres, infere-se que tal modalidade era a única circunstância possível em face da ausência de regulamentação do procedimento entre vivos. (MAYNARD, LIMA E COSTA, 2015)

Outrossim, a norma ainda permitia que a doação após a morte fosse feita a pessoa determinada, não restringindo o ato à relação de parentesco o que demonstra por si só precedência na legislação brasileira da oportunidade de doação dirigida de órgão. (BRASIL, 1963)

No contexto da lei, não existia critérios técnicos para constatação da morte do possível doador, o que foi considerado impróprio já que abria margem para diversas possibilidades interpretativas diante da dúvida terminológica, além de não conter qualquer obstáculo quanto à doação com caráter não gratuito, omissão esta que poderia ser entendida como autorizada a comercialização de órgãos, o que ensejou de certo modo sua revogação com a edição da lei 5.479/68, cujo texto sanou alguns dos erros demonstrados acima. (MAYNARD, LIMA E COSTA, 2015)

Revogada pela lei de 1968, a nova edição substituiu as expressões que causavam dúvidas, bem como permitiu expressamente que a doação entre pessoas vivas fosse possível. Proibiu, ainda, mesmo que implicitamente, a doação onerosa do corpo além de exigir, igualmente à lei anterior, que a manifestação de consentimento fosse dada pelo doador em vida e subsidiariamente pela manifestação familiar no caso de omissão daquele. (MAYNARD, LIMA E COSTA, 2015)

A doação em vida de doador vivo era permitida apenas se o órgão fosse duplo ou tecidos, vísceras ou partes destes, que não provocasse prejuízo ou ablação grave ao doador, sendo, ainda, como requisito indispensável de tal terapêutica a comprovada

indispensabilidade do receptor. (ANDRADE, 2009)

Percebe-se que a edição dessa nova lei preferiu manter o direito de escolha do doador, em vida, do destino de seus órgãos após a morte, salientando que por ser obrigatoriamente gratuita, conforme disciplina o caput do primeiro artigo da lei, a ideia de caráter mercadológico inferido da lei anterior, não tinha respaldo nesta nova. (BRASIL, 1968).

6.2 CARTA MAGNA E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

“O constituinte de 1988 erigiu a pessoa humana como valor supremo do ordenamento jurídico” colocando a dignidade da pessoa humana como “princípio fundamental da República Federativa do Brasil. É o que se chama de princípio constitutivo e indicativo de ideias diretivas básicas de toda a ordem constitucional” (GÓES apud FACHIN, 2006, p.198).

Tal princípio além de ser uma limitação imposta pela Constituição aos particulares e ao Estado tem o despotismo de respeitar a dignidade da pessoa, devendo toda atividade estatal preservá-lo mediante a não intervenção na individualidade de cada ser humano.

Nas palavras de Daury César Fabríz, “o mencionado princípio torna-se a coluna vertebral do Biodireito, sendo princípio que se estabelece como direito humano e fundamental”. (SILVA e NETO apud FABRIZ, 2003, pag. 355).

Nessa perspectiva, além do princípio da dignidade da pessoa humana, pode-se suscitar outros direitos fundamentais pertinentes ao tema, tais como o direito à vida, a formação dos direitos de personalidade, a integridade física e ao próprio corpo, a liberdade de consciência e o poder de disposição do próprio corpo. (SILVA e NETO, 2005).

O direito à vida, previsto no artigo 5º, caput, não é apenas um direito a sobreviver, está abarcado em seu núcleo também o direito à busca pela felicidade e a integridade existencial, sendo, portanto, um bem jurídico tutelado como direito fundamental básico desde a concepção.

Por esse ângulo, nas palavras de Alexandre de Moraes (MORAES, 2003):

O início dessa preciosa garantia individual deverá ser dado pelo biólogo, cabendo ao jurista, tão somente, dar-lhe o enquadramento legal, e, “do ponto de vista biológico, não há dúvida de que a vida se inicia com a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, resultando um ovo ou zigoto. Assim o demonstram os argumentos colhidos na Biologia. A vida viável começa, porém, com a nidação, quando se inicia a gravidez...e assegura, ninguém pode ser privado arbitrariamente de sua vida.

Esse direito, que é o primeiro da pessoa humana, tem em sua concepção atual conflitos com a pena de morte, as práticas abortivas e a eutanásia como posteriormente analisados.

Sendo um direito individual, a integridade física, que tem como a doação de órgãos um de seus aspectos, tem como pressuposto o consentimento do paciente que, no caso de transplantes inter vivos, condiciona a atividade que irá atingir sua integridade na vontade transindividual, seja do ponto de vista do doador saliente, ouvida a família, seja na perspectiva do receptor, a quem não se insinua possibilidade de dispor do corpo alheio, sem o concurso devontade do doador. (SILVA, 2002).

O direito ao próprio corpo insere-se dentre os direitos de personalidade e, por isso, indisponíveis, não excluindo a possibilidade desse bem ser objeto jurídico de relativização visto que não há direitos fundamentais absolutos.

Por esse motivo, é essencial reconhecer que sob esse ângulo do direito ao próprio corpo, especialmente no que tange ao transplante de órgãos e tecidos, o caráter de indisponibilidade deve ser contraposta a autonomia privada, dentre certo limite, para salvaguardar interesses maiores, assim como para atender um estado de necessidade.

Conciliando com este entendimento, o Código Civil em vigor afirma que “é válida com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte”, além de permitir a disposição para fins de transplante, proibindo-a no caso de diminuição permanente da integridade física ou contrariar os bons costumes, salvopor exigência médica.

Cumprir elucidar que o instituto da autonomia, quanto à bioética, está ligada à independência e à capacidade para decisões e ações independentes, inclusive quanto a imposição de que esta capacidade possui de autodeterminação, devendo, portanto, ser respeitada, pois tal princípio está intrinsecamente ligado ao consentimento informado, base das relações médicas tendo em vista que a relação paciente médico deve ser pautada na confiança e para haver confiança deve-se ter informação.

No que tange a liberdade de consciência, a constituição garante que todos são livres para escolher sua religião, praticar e professar sua crença e fé, constituindo, dentre outros, dois aspectos dessa garantia, o de não obrigar as pessoas a adotarem uma religião ou de proibir os cidadãos de seguirem uma crença ou participarem de cultos. Nesse sentido, numa das vertentes desse direito, surge a discussão quanto a manifestação de vontade do paciente quando em vida em detrimento do disposto na legislação brasileira que expressa a obrigatoriedade do consentimento da família na doação post mortem.

Destarte, partindo da norma suprema em nosso ordenamento jurídico brasileiro, os artigos 199 § 4º e 200 da Carta Magna assim dispõem:

“Art. 199 Assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

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

(...)

“Art. 200 Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;”

Assim, tal inserção na Constituição brasileira visa primordialmente a dignidade da pessoa humana, vedando sua comercialização por ofender diretamente a integridade física do indivíduo, o que decerto é mister preservar.

Com sua promulgação, a doação e o transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano foram consagrados a matéria constitucional de acordo com o artigo 199, §4º da Carta Magna norma limitada pragmática que deu origem à lei 8.489/92, regulamentada em 1993 pelo decreto 879, corroborando com o entendimento da lei de 1968 no que tange a gratuidade da doação de órgãos e a imposição de que o procedimento fosse realizado desde que não causasse prejuízo para quem dispõe do órgão, tecido ou partes do corpo, além de indispensabilidade por parte do paciente que irá recebe-lo. (MAYNARD, LIMA E COSTA, 2015)

Foi nessa ideia que a constituição reconheceu que o transplante e doação de órgãos protege o bem jurídico da vida, compreendida em seu sentido de desenvolver livremente sua personalidade, e num sentido biológico, o direito de viver humanamente. (MAYNARD, LIMA E COSTA, 2015)

Tendo a lei 8.429/68 sido revogada pelo diploma legal da lei 8489/92, dentre as inovações realizadas pelo diploma, a vedação para fins de pesquisa não era permitida, bem como instituiu limites para a doação que somente era autorizada a doação entre avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até o segundo grau, cunhados e cônjuges. (ANDRADE, 2015).

Compativelmente com as legislações anteriores, manteve a imposição de que o procedimento somente seria realizado caso não provocasse prejuízo ao doador e quando a utilização do método fosse comprovadamente indispensável havendo, também, a necessidade de consentimento expresso do doador, quando em vida,

através de documento oficial ou pessoal, conforme disciplina o artigo 3º da lei 8.489/92, abaixo transcrita, e que foi revogada pela lei 9.434/97:

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

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

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

Com a regulamentação da matéria dada pelo decreto 879/93, ocorreu outra inovação quanto ao assunto, ao ser estipulado a adoção do critério de morte encefálica, como a morte definida pelo Conselho Federal de Medicina e atestada por médico, não excluindo, como dispõe parágrafo único do artigo 3º outros conceitos de condições de morte, além de dispor sobre a responsabilidade penal dos infratores da lei, sem prejuízos de sanções civis e administrativas. (BRASIL, 1993)

6.3 LEI 9.434 DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997

Atualmente a Lei 9.434/97 dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, introduzindo, assim, no ordenamento jurídico brasileiro modificações das quais muitas são sujeitas a críticas, além de incluir alterações que não apenas beneficiam tal procedimento, como também o dificulta.

Em observação aos mandamentos emanados pela norma suprema, em suas disposições gerais, a Lei afirma que o ato de dispor dos órgãos, tecidos e partes do corpo gratuitamente, para fins de transplante e tratamento deve obedecer a forma da lei, excluído, ainda, o sangue, o espermatozoide e o óvulo.

Nessa perspectiva, dentre as modificações realizadas por este diploma, tem-se o artigo 4º que passou a não formalizar a manifestação de vontade do indivíduo que desejou ser doador de seus órgãos, em vida, após sua morte, e passou a recair tal decisão a família, que autorizará a retirada seja de órgãos, tecidos ou parte do corpo para fins de transplante ou outra modalidade terapêutica.

Tal dispositivo em sua redação original, tinha como presumida a autorização para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem, salvo se houvesse manifestação em contrário. Tinha como intuito aumentar o número de doações de órgãos no Brasil, mas não obteve boa aceitação na sociedade que, de acordo com Elton Carlos de Almeida, em sua dissertação, "o novo contexto legal não atingiu o propósito de aumentar a oferta de órgãos; pelo contrário, milhares ou milhões se cadastraram

como “não doador” em documentos oficiais”. (ALMEIDA, 2011)

Nessa senda, em 2001, a medida provisória nº 2.083-32, deu-se nova redação ao artigo 4º colocando como dependente de autorização de qualquer parente, maior, na linha reta ou colateral, até o segundo grau, ou cônjuge, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presente à verificação. Tal mudança durou até a promulgação da Lei 10.211/01 que fez a decisão ser familiar, passando de presumida para consentida pela família, não existindo, afinal, amparo jurídico à manifestação de vontade do doador potencial, condição que revela a prevalência do monopólio de decisão familiar na hipótese de um confronto entre a vontade daquele e a da própria família, como pode ser visto pelo §4º do artigo 4, que foi revogado, que trazia a possibilidade de a retirada ser feita com base no registro feito em vida. (BRASIL, 1997)

Com essa modificação a autorização passou para o cônjuge ou parente, maior de idade, obedecendo a linha sucessória reta ou colateral até o segundo grau, ou seja, são detentores o cônjuge, o pai, o filho, o avô o neto e irmão.

Outras discussões surgiram sobre os aspectos dessa alteração consubstanciada no artigo 14 do Código Civil de 2002, onde a manifestação da família se daria subsidiariamente ao doador em vida, tese esta defendida por alguns autores até os presentes dias. ()

Importante mencionar que a primeira lei a regular o transplante, Lei 4.280/63, permitia a “extirpação das partes de cadáver” para transplantes, desde que o falecido tivesse deixado autorização escrita ou que não houvesse oposição por parte do cônjuge ou dos parentes até o segundo grau, ou corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos cadáveres.

Já com espeque na constituição de 1988, a Lei 8.489/92 regulamentou o texto constitucional dispondo que a permissão para a doação de órgãos após a morte do paciente se daria por desejo deste, quando em vida, através de documento pessoal ou oficial. Quando não houvesse tal permissão expressa, a disponibilidade dos órgãos e tecidos se daria caso o cônjuge, ascendente ou descendente não fosse contrário. Tal diploma foi substituído pela vigência da Lei 9.434/97. (SARCINELLI e OBREGON, 2018).

Voltando a lei 9.434/97, na hipótese de doador juridicamente incapaz, post mortem, a referida lei dispõe ser necessária a autorização expressa de ambos pais ou responsáveis legais, já que não possuem condições de exercer livremente sua autonomia, sendo, portanto, adequada tal disposição.

Assim, depois de ser verificada a morte encefálica do paciente, quesito indispensável para o transplante que segue as regras estabelecidas pela legislação e medicina, os profissionais questionam os familiares sobre a possibilidade de doação, momento este chamado de consentimento, já que no Brasil não fora adotado em sua forma presumida como acima exposto. A lei 9.434/97 foi regulamentada pelo decreto

2.268/97, nela consta que deverá ser observado quando da remoção de órgãos, tecidos e parte do corpo e sua aplicação em transplantes a determinação que a retirada de órgãos e partes do corpo humano só poderá ser realizada por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, sejam públicos ou privados, necessitando, ainda, de autorização preexistente do Ministério da Saúde. (MAYNARD,

LIMA E COSTA, 2015)

Acresce também que o Decreto instituiu toda uma estrutura organizacional com a instituição do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), integrado pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes, as secretarias de saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes, os estabelecimentos hospitalares autorizados e rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

A criação do Sistema Nacional de transplante tem como escopo o desenvolvimento do processo de captação e distribuição em que o órgão central é o Ministério da Saúde possuindo dentre suas atribuições o de coordenar as atividades de que trata o decreto, expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos no Decreto e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolva. (SUL, 2020)

Por esse motivo, o Ministério da Saúde adotou medidas de para a estruturação do SNT, conforme pode ser extraído do endereço eletrônico do referido ministério em:

- Coordenação Nacional do Sistema Nacional de Transplantes - responsável pela normatização e regulamentação dos procedimentos relativos à captação, alocação e distribuição de órgãos;
- Grupo Técnico de assessoramento, por atribuição tem de propor diretrizes para a política de transplantes e enxertos, propor temas de regulamentação complementar, identificar índices de qualidade para os setores, analisar os relatórios com os dados sobre as atividades do SNT e dar parecer sobre os processos de cancelamento de autorização de estabelecimentos e equipes para a retirada de órgãos e realização de transplantes ou enxertos.
- Centrais Estaduais de Transplante - o Ministério da Saúde desenvolveu, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, a implantação das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNEDO), também chamadas de Centrais Estaduais de Transplante, onde nesses locais há equipes especializadas e estabelecimentos de saúde autorizados para realizar diagnóstico de morte encefálica, retirada de órgãos e tecidos, transplantes e enxertos.
- Central Nacional de Transplante - funciona ininterruptamente em Brasília-

DF. A Central Nacional articula o trabalho das Centrais Estaduais e provê os meios para as transporte de órgãos entre os estados com vistas a contemplar as situações de urgência e evitar os desperdícios de órgãos sem condições de aproveitamento no seu estado de origem. Nesse sentido, em 2001 o Ministério da Saúde, realizou Termo de Cooperação com 15 empresas aéreas reunidas no Sindicato Nacional das Empresas Aéreas. Esta cooperação vem garantindo o transporte gratuito de órgãos e, eventualmente, de equipes médicas de retirada. Em 2016 a Força Aérea Brasileira iniciou a atividade de transporte de órgãos no país, somando esforços às Centrais de Transplantes no processo de doação/transplantes de órgãos.

- Organizações de Procura de Órgãos (OPO): A Portaria N° 2600, de 21 de outubro de 2009, estabelece a criação das OPO, que atuarão conjuntamente com a CNCDO e CIHDOTT nos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes.
- Comissões Intra-Hospitalares de Transplante: estabelecida a obrigatoriedade da existência de Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes nos hospitais com UTI do tipo II ou III, hospitais de referência para urgência e emergência e hospitais transplantadores. Estas comissões desenvolvem em seus hospitais, conjuntamente com as OPO, o processo de identificação de potenciais doadores em morte encefálica ou coração parado, a abordagem familiar para autorização, além da triagem clínica e sorológica. Também articulam com a CNCDO a formalização da documentação necessária e o processo de retirada e transporte de órgãos e atuação das equipes transplantadoras.
- Bancos de Órgãos e Tecidos - são responsáveis pela retirada, processamento e conservação de órgãos e tecidos para fins de transplantes.
- Registro de Doadores de Medula Óssea: Para o transplante "não aparentado" de medula óssea, é necessária a busca de material doado por pessoas que se dispõem a doar medula para transplante, através do Registro de Doadores de Medula Óssea (REDOME), instalado no Instituto Nacional do Câncer (INCA). Quando os pacientes não têm doador identificado no Brasil, existe uma busca internacional, com ações destinadas a procurar um doador compatível em Bancos internacionais, realizar os exames necessários, coletar a medula, processá-la e transportar o material do País em que foi coletada até o Centro Transplantador no Brasil e vice-versa.

Concomitantemente, o decreto criou a lista única nacional de receptores entre os estados da Federação que de acordo com o Ministério da Saúde, "é constituído pelo

conjunto de potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, ou estrangeiros residentes no país, inscritos para o recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição destas partes aos potenciais receptores, assim constituindo o Cadastro Técnico único – CTU.” (SUL, 2020)

Em seu segundo capítulo a lei 9.434/97, se encarregou de traçar os fundamentos que compõem o tema da doação após a morte, iniciando com a definição do critério da morte encefálica como preceito para a retirada de órgãos, devendo, para que seja viável, ser constatada a morte encefálica e registrada por dois médicos não participantes das equipes de transplante, por meio de especificações clínicas e tecnológicas definidas pelo Conselho Federal de Medicina, podendo, também, ser possível a presença de médico de confiança da família no ato de comprovação da morte. (MAYNARD, LIMA E COSTA, 2015)

Tal constatação de morte do indivíduo é fundamental e deve ser inequívoca, porque se esta não estiver sido de fato configurada, estar-se-ia retirando a vida de uma pessoa humana para que outra possa sobreviver. (DINIZ, 2007).

6.3.2 Aspectos Penais Da Lei 9.434/97 e o tráfico de órgãos humanos

A despeito do insistente alerta das Organizações Internacionais, em 2012, foi aprovada uma proposta para criar o crime de tráfico de órgãos, contudo tal tipificação ainda não foi criada, tendo previsão apenas na Lei de transplantes em seu artigo 14, que assim dispõe:

Art. 14. Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei: Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa, de 100 a 360 dias-multa.

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

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

As possibilidades alcançadas pelo transplante de órgãos, ou seja, pelo avanço científico desse seguimento, seja pelas inovações tecnológicas, seja pela ampla disseminação de novos equipamentos, de drogas e procedimentos cirúrgicos que tem como escopo o prolongamento da vida humana ocasionou, também, a escassez de doadores, provocando, assim, um comércio a nível global de órgãos humanos. (BRASIL, 2013)

Derivada do italiano, a palavra tráfico significa, em sentido estrito, o comércio ilícito, seja de entorpecentes, plantas, animais ou mesmo humanos. O tráfico de órgãos é o mercado ilegal de órgãos humanos em que este delito acontece de forma organizada com o intuito de obter lucro, violando leis vigentes. (AMARAL apud

AURÉLIO, 2013)

Em outras palavras, conforme definição dada pela Declaração de Istambul (2008) o tráfico de órgãos consiste no recrutamento, transporte, transferência, refúgio ou recepção de pessoas vivas ou mortas ou dos respectivos órgãos por intermédio da força, ameaça, coação, fraude, engano, abuso, rapto ou de uma posição de vulnerabilidade, oferta ou aceitação de pagamentos ou benefícios para alcançar a transferência de controle sobre potencial doador para fins de exploração pelo meio da remoção de órgãos para transplante.

Nesse diapasão, a legislação brasileira é omissa em vários casos, pois a efetivação do que estabelece a lei 9.434/97 é insuficiente e até mesmo ilusória em algumas situações, visto que em alguns casos ela é desrespeitada e até mesmo substituída pela aplicação do Código Penal Brasileiro quando convém a determinadas pessoas que acabam se beneficiando com a aplicação do diploma. (AMARAL, 2018)

No Brasil, consubstanciada pela escassez de órgãos, assim como problemas com relação à estrutura hospitalar, aos profissionais envolvidos nas etapas e a logística para o transporte, acaba por chamar a atenção dos criminosos que veem a possibilidade de obtenção de vantagem no tráfico de órgãos. (AMARAL, 2018)

De acordo com a Lei de Transplantes, vender ou comprar tecidos ou órgãos ou partes do corpo humano é delito cuja pena base é fixada entre três a oito anos, incorrendo no mesmo crime todos aqueles que auferem vantagem facilitando esta transição, podendo ser praticada pelos profissionais da medicina assim como por outras pessoas, ou seja, sua classificação como crime comum denota que não exige-se qualidade específica do sujeito ativo para a sua prática.

Estima-se que cerca de 10% dos transplantes realizados anualmente em todo mundo seja fruto do tráfico de órgãos o que conseqüentemente, visando combater e minimizar este crime, bem como o turismo para o transplante, foi criada a Declaração de Istambul, na Turquia, esclarecendo, além das questões sobre o turismo para o transplante e o mercantilismo de órgãos, questões sobre diretrizes éticas para a prática de doação. (WIKIPEDIA, 2017)

6.4 CÓDIGO CIVIL – LEI 10.406/2002 - APARENTE ANTINOMIA ENTRE OS INSTITUTOS

Seguindo a cronologia temporal dos diplomas legais que versam sobre o transplante de órgãos e tecidos, o código civil de 2002 tratou do tema dentro do capítulo sobre os direitos de personalidade, cujo inteiro teor assim dispõe:

Art. 14. É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte.

Parágrafo único. O ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo.

Corroborando com a Constituição de 1988, ao autorizar a disposição do corpo em vida e após a morte, desde que gratuitamente, o texto legal que destoa do Código de 1916 em razão da quase inexistência desses procedimentos na época, resgatou o direito de disposição do corpo pelo próprio doador, igualmente as legislações antecedentes ao diploma da Lei 9.434/97.

Fortalecendo autores que defendem a autonomia de vontade do doador em vida, e frente a polêmica do tema o Conselho da Justiça Federal em 2007, na IV Jornada de Direito Civil, emitiu o enunciado 277, nos seguintes termos:

277 – Art. 14: O art. 14 do Código Civil, ao afirmar a validade da disposição gratuita do próprio corpo, com objetivo científico ou altruístico, para depois da morte,

determinou que a manifestação expressa do doador de órgãos em vida prevalece sobre a vontade dos familiares, portanto, a aplicação do art. 4º da Lei n. 9.434/97 ficou restrita à hipótese de silêncio do potencial doador.

Assim, em que pese a lei 9.434/97 dispor sobre a autorização ser dada pela família, o Código Civil deixa sob responsabilidade exclusiva do indivíduo a tomada de decisão em vida para dispor sobre a disponibilização de seus órgãos após sua morte.

Diante do aparente conflito entre o artigo 14 do Código Civil e o artigo 4º da Lei de Transplantes é necessário, antes de analisá-los, compreender o conceito de antinomia para verificar o conflito ou aparente conflito existente.

A antinomia jurídica ocorre quando existem duas normas conflitantes sem que se saiba qual delas deverá prevalecer no caso concreto, podendo ser antinomia aparente, quando existe norma para solucionar resolvendo-as pelos critérios hierárquico, cronológico e especial e antinomia real que surge quando se utiliza os critérios e não se consegue resolver o conflito.

Sendo assim, entende-se que o Código Civil tem a incumbência de regular os atos declaratórios de vontade da pessoa falecida, manifestados em vida e que preponderantemente devem ser respeitados, fazendo uso da lei de transplantes quando não houver a manifestação devontade do doador ainda em vida. (WEBER, 2017)

Todavia, esta ponderação não é praticada no Brasil onde a decisão final da doação ficacom os familiares, os quais têm a escolha de respeitar a autonomia de vontade do doador ou não, conforme redação dada pela Lei de Transplantes.

6.5 INOVAÇÕES LEGISLATIVAS

É certo que um dos temas mais discutidos quando se fala em transplante de órgãos é acontrovérsia quanto ao consentimento da família para que o procedimento seja feito.

Em 2017 foi aprovado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania o projeto de Lei 453/2017, em que se afirma que a família não pode interferir na retirada de órgãos de uma pessoa com morte cerebral quando em vida tenha manifestado a vontade de ser doadora. O autor do projeto, senador Laiser Martins do PODE-RS, sustentou que a figura jurídica da autonomia da vontade do titular do direito da personalidade é suficiente para que sua vontade seja respeitada sem a interferência da família. (SENADO, 2019).

Nas palavras do senador Laiser Martins (SENADO, 2019):

“Inquestionavelmente, é uma regulação que torna mais fácil a

doação de órgãos e, com efeito, tem a capacidade de melhorar consideravelmente a qualidade de vida daqueles que, desesperadamente, necessitam de órgãos doados para prorrogar com dignidade as suas próprias vidas”

Atualmente, a tramitação do projeto encontra-se pronto para pauta do plenário e com ele foram apensados mais de dez projetos de lei referentes ao mesmo tema, conforme pode ser visto nas informações da tramitação no portal da Câmara dos Deputados, inclusive projetos datados de 2019.

Outro projeto de Lei que visa modificar o cenário atual de transplante de órgãos e tecidos é o projeto de nº465/2016, aprovado pela Assembleia Legislativa de Rondônia, que institui no Estado o Setembro Verde, onde o Poder Executivo fica autorizado a realizar campanhas e divulgações no intuito de promover a ação que é de grande importância no intuito de salvar vidas.

7 DIREITO COMPARADO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

7.1 ASPECTOS GERAIS

Assim como no Brasil, o fator que mais limita a aplicação da transplantação continuando a inópcia de órgãos disponíveis.

Os países europeus possuem legislações diferentes sobre transplantes de órgãos, sendo possível identificar que vigoram sistemas de consentimento voluntário, consentimento familiar e consentimento presumido.

Na Alemanha, desde o ano de 2012, prevalece o sistema do consentimento voluntário no qual a retirada só é possível se a pessoa tiver deixado seu consentimento por escrito. (INTERNACIONAL, 2020)

Já em outros países como Grécia Reino Unido Suíça e Dinamarca, caso não haja o consentimento por escrito, os membros da família podem decidir, adotando assim uma interpretação mais ampliada do consentimento presumido adotado pelo país citado anteriormente. Na falta de decisão do falecido, em países como Noruega, Finlândia e Bélgica, os membros da família podem se refutar à doação. (INTERNACIONAL, 2020)

Países como França, Irlanda, Itália, Espanha, Portugal, adotam a alternativa de consentimento presumido, que consiste na possibilidade de remoção de órgãos para transplante caso o falecido não deixe registrada sua rejeição à doação. (INTERNACIONAL, 2020)

Os Estados Unidos, no ano de 2019, foi considerado o quinto país no mundo com a maior taxa de transplantes de doadores mortos. Em 2017, conforme dados do Registro Internacional de Transplantes e Doação de órgãos, os Estados Unidos tiveram

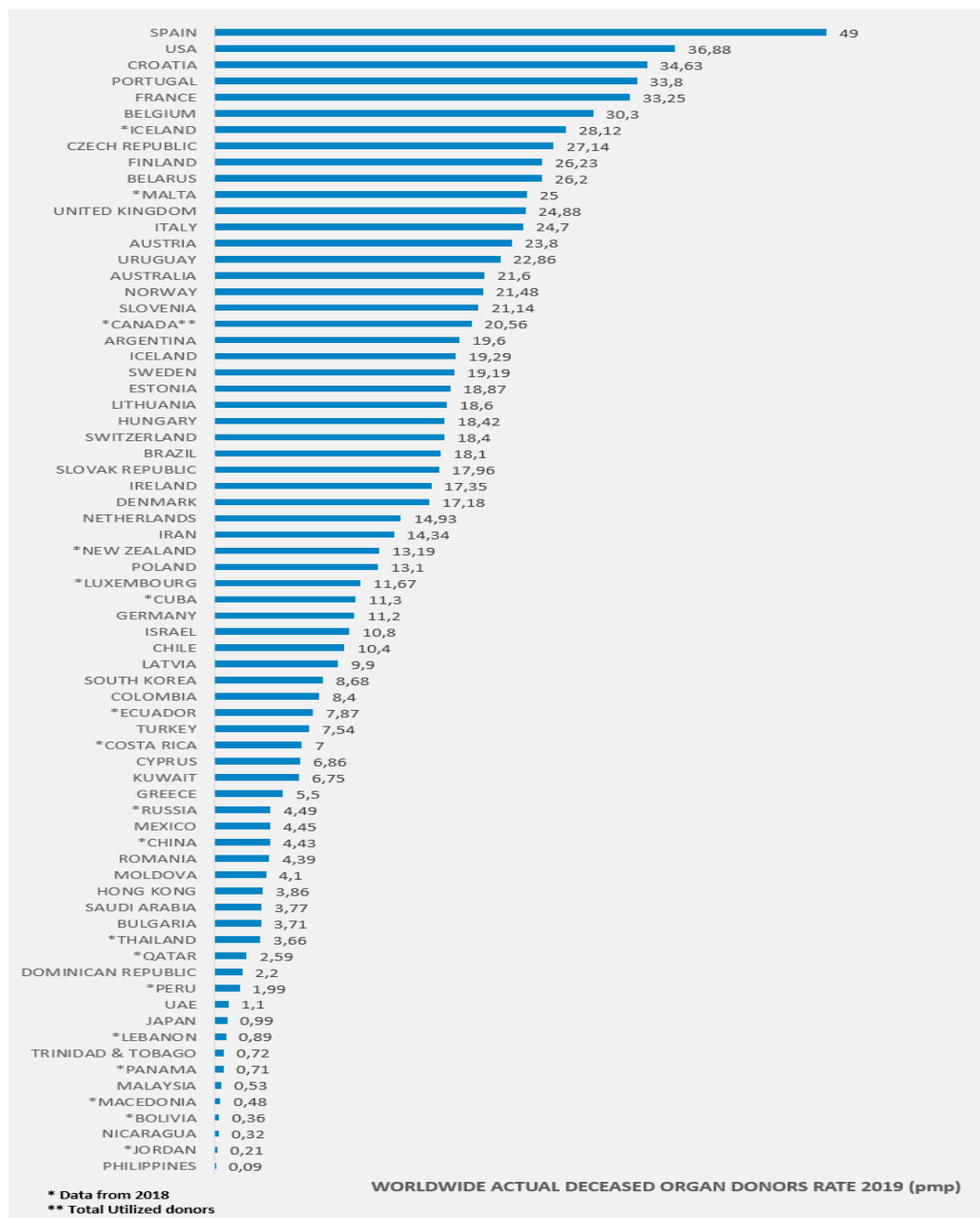
um número de doadores efetivos de 32 por milhão de pessoas.

No ano de 2015, por exemplo, a média mundial de doações de órgãos foi de 16,96 pmp, com 126.670 transplantes realizados no total, dentre os quais o órgão com mais procedimentos realizados está o de rim com 84.437, seguido pelo de fígado, 27.759, coração, 7.023, pulmão, 5.046, pâncreas com 2.099 e 196 de intestino delgado. (BONELLA et

COELHO, 2019)

Abaixo, no ranking internacional de Doação e Transplantes de órgãos de 2019, Espanha, USA e Croácia, figuram como os três países que tem o melhor índice em procedimentos de doações post mortem, vejamos:

Figura 6 – Transplantes de órgãos no mundo - 2019



Fonte: Irodat

7.2 O MODELO ESPANHOL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Considerada como exemplo mundial devido ao sucesso do seu modelo de doação e transplantação, a Espanha baseia-se na coordenação de transplantes em níveis nacional, autônomo e hospitalar em que os dois primeiros são financiados pela administração sanitária nacional e a hospitalar como uma administração intra-hospitalar no qual o médico atua como coordenador e uma equipe de pessoas treinadas no próprio hospital realiza as atividades referente a captação de órgãos. (COELHO e BONELLA, 2019)

O modelo adotado na Espanha, ainda, dispõe de um sistema de educação e divulgação na mídia e com um canal telefônico aberto, onde estão disponíveis informações sobre o processo de doação e transplante para as pessoas em geral, tendo como financiador do processo a Organização Nacional de Transplantes (ONT), que anualmente realiza reuniões com jornalistas para divulgar campanhas, além de realizar cursos anuais para profissionais do meio jurídico e forense, pois há doações que necessitam de autorização judicial. (COELHO e BONELLA, 2019)

Destaque também para a atividade permanente de cursos de formação com profissionais de urgência, emergência e de cuidados intensivos, desenvolvendo através de sociedades científicas constante formação dos envolvidos no processo. (COELHO e BONELLA, 2019)

Entre os motivos que favoreceram o sucesso do modelo, frisa-se, está o papel atribuído ao coordenador de transplantes, com o treinamento para a comunicação da notícia à família e a importância de se autorizar a doação, tendo a ONT capacitado mais de 18 mil coordenadores nesse sentido, conforme o Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Espanhol.

Estes profissionais, geralmente, são especialistas em cuidados intensivos, sendo considerados para tanto, melhores para identificar os pacientes em risco de morte cerebral ou de parada cardiorrespiratória, duas circunstâncias onde os órgãos ditos sólidos ainda podem funcionar e serem transplantados.

A operação é gratuita, anônima e aberta aos residentes na Espanha apenas, com o intuito de evitar o tráfico.

Dispõe a lei espanhola que qualquer pessoa falecida pode ser doadora de órgãos, exceto se tiver manifestado em vida o contrário, mas, conforme Arthur Abbade Tronco (SARCINELLI e OBREGON, 2018, p. 48), o êxito espanhol não está exclusivamente em suas leis adotadas, mas também nas áreas das ciências políticas, sociais, da saúde e na administração, além das campanhas de conscientização feitas pelo estado e na eficiente ágil rede de transplantes que lá existe.

A primeira lei a dispor sobre transplante de órgãos no país, ainda em vigor, foi a Lei 30/1979 que assim tinha em seu texto: (SARCINELLI e OBREGON, 2018)

Artículo segundo. No se podrá percibir compensación alguna por la donación de órganos. Se arbitrarán los medios para que la realización de estos procedimientos no sea en ningún caso gravosa para el donante vivo ni para la familia del fallecido. En ningún caso existirá compensación económica alguna el dorante, ni si exigirá al receptor precio alguno por el órgano transplantado.

Ainda nessa lei há a determinação de que para a retirada de órgãos após a

morte do paciente se dê mediante comprovação anterior de morte encefálica, que conforme o primeiro artigo dessa mesma lei, deve ser assinado por três médicos, dentre eles um neurologista ou neurocirurgião e o chefe do serviço da unidade médica correspondente ou seu substituto. (SARCINELLI e OBREGON, 2018)

Por adotar o consentimento o presumido, a Espanha considera todos os indivíduos como potenciais doadores, salvo expressa negativa em vida, ou seja, a manifestação de vontade da família seria desnecessária, pois a ONT, definiu que no caso de falecimento a família deve firmar o consentimento ou não se opor a ela para proceder com a retirada dos órgãos, o que acaba por converter-se num consentimento condicionado à vontade dos familiares. (SARCINELLI e OBREGON, 2018)

7.3 SISTEMA FRANCÊS

Diversamente do que ocorre no Brasil, a França também adota o consentimento presumido. Com mudança na legislação francesa, datada de 1º de janeiro de 2017, o parlamento do país decidiu que o ato se tornou automático, sem embargo do desejo da família. (BALAN, 2017)

Outrora, um terço das famílias francesas não autorizavam a retirada de órgãos de parentes falecidos, mesmo que pesquisas evidenciassem que cerca de 80% das pesquisas direcionassem para que as pessoas desejavam que fossem doados seus órgãos após a morte. (BALAN, 2017)

Com a inovação da lei no país, a doação somente não ocorrerá caso o cidadão se registre no cadastro nacional de recusa. Com a reforma, a família de um falecido será informada e não mais consultada, tempo em que caso insista na recusa, terá que comprovar através de provas e testemunhas de que o falecido era, em vida, contrário.

No ano de 2017 a França figurava em sétimo lugar na lista de doadores de órgãos reaise todo o mundo e em 2019 em quinto lugar, conforme a International Registry in Organ Donation and Transplantation. (2018).

7.4 SISTEMA NORTE AMERICANO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde os Estados Unidos gastaram 17% do seu produto interno Bruto com saúde no ano de 2019, enquanto o Brasil investiu 9,2% do PIB, sendo que a única.

Nos Estados Unidos, a regulamentação de doação de órgãos é diferente nos cinquenta estados do país, sob a lei americana.

Na análise do sistema adotado neste país, a autonomia do doador é preservada até na doação post mortem, permitindo ao doador no modelo americano a escolha do destinatário de seus órgãos ou por testamento ou através de documento hábil. Foi com a lei uniforme de 1968 que inicialmente foi tratado o tema,

especificadamente na seção II, o qual permite que qualquer pessoa psicologicamente capaz e que tenha 18 anos completos possa dispor do próprio corpo ou até mesmo parte dele.

Observa-se também que neste modelo o doador poderá escolher o receptor de seus órgãos havendo limitação em suas escolhas podendo recair sobre familiares ou não. No caso de o doador não escolher o receptor quando em vida, ao falecer seus órgãos serão direcionados para o Centro de transplantes.

8 A REALIDADE DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NAS REGIÕES BRASILEIRAS

8.1 ASPECTOS GERAIS

Sendo referência na área de transplante de órgãos, o Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Diz-se que quase 100% dos procedimentos são financiados pelo Sistema único de Saúde e por isso o país é considerado o segundo maior transplantador do mundo, sendo o SUS o responsável por oferecer aos pacientes assistência integral e gratuita, desde os exames iniciais, procedimento e acompanhamento após o procedimento, conforme reportagem da revista pernambucana Algomais. (2019).

Contudo, a quantidade de transplantes realizados, a despeito da crescente dos procedimentos, é substancialmente menor à necessidade da população já que a proporção entre o número de candidatos à espera de um transplante não é correspondida pelo número de doadores disponíveis, ou seja, é insuficiente para atender à necessidade brasileira, considerando que, dentre outros fatores, as baixas taxas de notificação de potenciais doadores e de efetivação de doação, a recusa de familiares, o desejo de não doação por parte do potencial doador e a demora no diagnóstico de morte encefálica consistem em pontos menores a serem considerados nesta quantidade.

De 2012 até ano de 2019 a evolução anual dos doadores efetivos no Brasil por milhão de população – pmp – foi de 12,6 a 18,01, abaixo 10,5 % dos 20 pmp previstas em 2016, mesmo tendo um aumento de 6,5% no ano. (ABTO, 2019)

O aumento ocorrido no ano de 2019 foi decorrente do aumento na taxa de potenciais doadores por morte encefálica, além de aumento em 7,1% na taxa de autorização familiar, que pela primeira vez naquele ano atingiu 60%. Importante salientar que nos cinco últimos anos a taxa de doadores falecidos com mais de 65 anos passou de 8% a 13% e a doação de crianças obteve uma queda de 25%. (ABTO, 2019)

Dentre os estados que mais se avultaram com taxas de notificação de potenciais doadores estão o Distrito Federal e o Paraná cuja taxa supera a 100 pmp. Com exceção dos transplantes pulmonares, houve um crescimento no ano de 2019, tendo o transplante renal ultrapassado os 6.000 procedimentos, o que equivale a 30 pmp. (ABTO, 2019)

8.2 REGIÃO NORTE

Dentre as cinco regiões existentes no Brasil o Norte do país possui a taxa mais baixa de procedimentos realizados. Conforme é demonstrado num estudo realizados por pesquisadores do programa de pós graduação em ciências e Tecnologias em saúde da Universidade de Brasília, os estados que tem a menor frequência de procedimentos realizados em residentes desses estados são Amapá, Roraima e Tocantins com um total de 196 transplantes realizados, sendo que 96 desses foram feitos no estado do Tocantins entre 2001 e 2017. (SOARES et al, 2020)

Observa-se que a desigualdade entre esta região e as demais é um reflexo das diferenças entre os índices de desenvolvimento humano municipais. No norte, dentre os estados que possuem o melhor indicador de transplante renal encontra-se o Pará. No que tange ao transplante hepático está o estado do Acre cujo centro de transplantes da região iniciou suas atividades em 2004. (SOARES et al, 2020).

8.3 REGIÃO NORDESTE

No ano de 2019 o estado de Pernambuco conquistou o primeiro lugar em número de transplantes de coração, rim, pâncreas e medula óssea, totalizando mais de vinte e dois mil procedimentos, no decorrer de 25 anos desde a criação da Central de Transplante instituído pelo Governo de Pernambuco. Dentro desse resultado o procedimento com maior número foi o de córnea, seguido de rim e medula óssea. Em 2016 esse lugar era ocupado pelo Estado do Ceará que estava em 5º lugar no ranking nacional, seguido por Pernambuco em 6º e Bahia em 11º. (ABTO, 2019)

Numa perspectiva regional, a região nordeste em 2012 apresentou um total de 1948 notificações de potenciais doadores por ano, o que equivale a 36,7 pmp naquele ano, sendo que o número de doações efetivas no ano foi de 466 procedimentos, equivalente a 8,8 pmp. (ABTO, 2019)

Nota-se que houve aumento de notificações no decorrer dos anos nesta região, sendo que em 2018 essa quantidade passou a ser de 2.279, equivalente a 39,8 pmp, e em 2019 2.467, equivalente a 43,4 pmp. Desse número o total de doadores efetivos passou a 622 e 723, respectivamente. (ABTO, 2019)

Cumprir destacar que embora tenha ocorrido o aumento na taxa de notificações e doações efetivas, este número continua longe da necessidade da região tendo em vista que, conforme disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, somente na Bahia havia em 2017 uma lista de espera com um total 2.160 potenciais receptores ativos e semiativos.

8.4 REGIÃO CENTRO-OESTE

Figurando em quarto lugar das regiões que mais realizam transplantes no Brasil, em 2019, a região Centro-Oeste registrava cerca de 16 milhões de habitantes

onde deste total havia 11,1 pmp de doações efetivas, números consubstanciados em transplantes de córnea, rim, fígado e coração. (ABTO, 2019)

Em números absolutos, o número de notificações de potenciais doadores por ano evoluiu de 671 em 2012 para 1.063 em 2019, o que gerou em número de doadores efetivos por ano em 98 e 179, respectivamente em doações de órgãos, diminuindo apenas com relação ao transplante de córneas que em 2012 apresentava 1.811 e em 2019, 1.276. (ABTO, 2019)

Acresce que no Estado de Goiás entre os transplantes realizados em 2019, 531 foram de córneas, 219 de rim e 6 de fígado. No Mato Grosso do Sul foram 205 de córnea e 21 de rim. Já no Mato Grosso, foram realizados apenas 131 transplantes de córnea, já que é o único tipo de transplante que se realiza no ente federativo. (ABTO, 2019)

Percebe-se, ainda, que dentre as causas de não concretização da doação de órgãos de potenciais doadores notificados nos estados da Região Centro-Oeste, a recusa nas entrevistas possuem a maior porcentagem sendo de 68% para o estado de Goiás, 69% no Mato Grosso e 58% no Mato Grosso do Sul. (ABTO, 2019).

8.5 REGIÃO SUDESTE

A região mais habitada do país possui também altos índices de procedimentos realizados dentro do panorama nacional. Dentre os quatro estados da Região, São Paulo é o que apresenta o maior número de transplantes realizados, perfazendo um total de 8.328. (ABTO, 2019)

Dentre os transplantes realizados no estado, o de córnea é o que possui o maior índice, 5.400, seguido pelo transplante de rim com 2.064, fígado, 689, coração 120 e pulmão 55.

(ABTO, 2019).

O estado com o menor índice de transplantes nessa região é o Espírito Santo com 362 procedimentos realizados, onde cerca de 56% das causas de não concretização da doação de

potenciais doadores se deu pela recusa nas entrevistas, 18% por contra indicação médica e 22% por morte encefálica não confirmada. (ABTO, 2019)

8.6 REGIÃO SUL

O sul é a região que possui o número mais elevado de doadores efetivos por milhão de pessoas. Possuindo um total de 29,8 milhões de habitantes em 2019, a região possui 36,1 pmp de doadores efetivos, tendo, assim como todas as outras regiões, o maior número de procedimentos em virtude do transplante de córnea, seguido do rim, fígado, pâncreas, coração e pulmão. (ABTO, 2019)

Dados do governo paranaense registram que o estado é líder nacional em doação de órgãos, além de indicar que nos meses de janeiro a agosto de 2019 o estado realizou 1.147 transplantes de córnea e no acumulado de 2011 a 2018 o estado alcançou 9.206 intervenções, creditando tal resultado ao trabalho integrado da Secretaria de Saúde e do Sistema Estadual de Transportes, inclusive registrando no ano de 2019 o menor número de recusas familiares em entrevistas para doação de órgãos no país, marcando apenas 24% de não aceitação em doar algum tipo de órgão de um parente. (PARANÁ, 2019)

Com efeito, o estado foi o pioneiro a concluir e aprovar um Plano Estadual de Doação e Transplante, com planejamento até 2022, possuindo quatro câmaras técnicas, sendo coração, fígado, rim e córneas. O Paraná dispõe de uma central Estadual de Transplantes responsável pela área administrativa e plantão, situada na sua capital, além de quatro Organizações de procura de órgãos, em Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel, possuindo cerca de 700 profissionais envolvidos, sendo 23 equipes de transplante de órgãos, 25 centros transplantadores de córneas e três bancos de córneas em atividade em Londrina, Maringá e Cascavel. (PARANÁ, 2019)

Já Santa Catarina, terminou o ano de 2019 com 332 doações efetivas e uma diminuição na taxa de não autorização das famílias em 25,12%. Em números absolutos de transplantes o estado tem um total de 1.077. (GONZAGA, 2020).

Quanto ao Rio Grande do Sul, segundo a Secretaria de Saúde do estado, foram registrados 689 transplantes, excetuando-se os de córnea. Surpreendentemente, dentre os 47 transplantes de pulmão realizados no Brasil, 43 foram feitos neste ente federativo. (SAÚDE, 2020)

8.7 SISTEMA ATUAL DA LISTA DE ESPERA

Sabendo-se que o Brasil, atualmente, possui o maior sistema público de transplante do mundo, tendo mais de 20 mil cirurgias anuais também é fato que o número de carências também cresceu tendo como maiores as listas de espera para os transplantes de rim, fígado e pâncreas/rim.

Baseadas na Lei 9.434/97, decreto 2.268/97 e portaria GM/MS nº 2.600/09, cada

órgão tem uma fila específica, administradas pela coordenação-geral do Sistema Nacional de transplantes, do Ministério da Saúde, através de sistema informatizado, tendo como principal característica o fato de não funcionarem por ordem de chegada e sim obedecendo a critérios médicos onde se observa três fatores determinantes, quais sejam, a compatibilidade de grupos sanguíneos, tempo de espera e gravidade da doença.

Assim, existindo a constatação pelo médico da necessidade de transplante em um paciente, a sua notificação é feita informando-o sobre a necessidade da intervenção, bem como o perigo do procedimento e da sua inclusão no cadastro de receptores.

Tendo como critérios para figurar na lista previstos no artigo 10 da Lei de Transplantes e no artigo 7º, incisos II e III do decreto nº 2.268/97 há os seguintes requisitos:

Art. 7º Incumbe às CNCDOs:

II- promover a inscrição de potenciais receptores, como todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite

III- classificar os receptores e agrupá-los segundo as indicações do inciso anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-se-lhes o necessário comprovante;"

De outro lado, quando for constatada a morte encefálica de um paciente, o procedimento a ser tomado pelo hospital, é também a notificação a CNCDO, para que estes entrem em contato com as famílias no intuito de obter a autorização para remoção do órgão outecido.

Indubitavelmente, quando surge um doador a Central é informada e processará a seleção dos possíveis receptores para os vários órgãos, levando em conta que em certos casos o doador não será aceito quando, por exemplo, após a realização de exames, é constatado que é portador de alguma infecção, caso em que não serão aceitos os órgãos para transplante.

Nessa mesma linha de pensamento, o possível receptor do órgão que embora tenha sido selecionado para o transplante, em consequência de alguma complicação clínica ou pelo simples fato de não querer ser transplantado naquele momento, acaba sendo preterido em relação a outro possível receptor.

Além disso, a gravidade do estado de saúde do paciente é um fator determinante, pois os pacientes com maior risco de morte têm preferência.

Após a realização dos exames e obtenção do consentimento do receptor, a inscrição é feita na lista de espera no âmbito estadual, coordenada pelo CNCDOs, que fazem as indicações necessárias à sua rápida localização, disponibilizando ao receptor um comprovante com a indicação de sua ordem na lista de espera, que obedece ao critério da data de inscrição.

Necessário, ainda, esclarecer que é vedado a possibilidade de um mesmo receptor se inscrever em duas listas estaduais, e ocorrendo, o órgão central do SNT notificará o receptor para escolher dentre as duas no prazo de quinze dias, o qual passado o prazo sem manifestação será o receptor excluído da lista mais recente, fato que será comunicado à CNCDO onde foi realizada a inscrição para que seja tomada a mesma providência.

Em suma, o que se depreende é que o receptor deverá estar inscrito forçosamente na lista de espera estadual, na regional e nacional, possuindo assim, três níveis de integração o Sistema de Lista única.

Logo, inicialmente por questões de logística de transporte, o órgão do doador é viabilizado para um receptor do mesmo estado da federação. Não havendo receptor compatível naquele estado, serão convocados os doadores compatíveis em âmbito nacional, considerando ainda, o tempo de isquemia que é o prazo de duração que o órgão resiste sem irrigação fora do corpo.

9 BRASIL E OS OBSTÁCULOS NO TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

É certo que são vários os problemas enfrentados no Brasil quando o assunto é Transplantes de órgãos. Desde a escassez de recursos à falta de conhecimento por parte da população de termos médicos, existem vários pontos que, se trabalhados, podem contribuir para o aumento na taxa de doação realizadas nos estados Brasileiros.

Quando se fala em transplantes de órgãos, a insuficiência quanto à obtenção de órgãos, assim como à estrutura necessária para realização deste procedimento, não é um problema apenas dos países subdesenvolvidos. Embora seja mais intenso nestes países, tal problemática atinge também os países desenvolvidos. (SCHRAMM e RIBEIRO, 2006)

Com efeito, aproximadamente 96% dos transplantes realizados no país é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o Ministério da Saúde, onde pode ser observado que dentro os principais problemas encontrados na saúde pública estão, o quadro de profissionais desqualificados, o atendimento pouco humanizado, o escasso atendimento na emergência e o alto número de mortes, fatores este que de alguma maneira podem influenciar na diminuição de transplantes por milhão de pessoa.

Dentro dessa problemática é possível identificar quatro grandes grupos que podem ser utilizados como uma possível solução para tais problemas, consistentes em

prevenção, progresso médico, aumento de obtenção de órgãos e tecidos e mecanismos e critérios de seleção. ((SCHRAMM e RIBEIRO, 2006)

Outro obstáculo que pode ser vislumbrado no tema é a questão da recusa familiar que representa um grande entrave à realização deste procedimentos cooperando para que o número de doadores seja insuficiente para atender à procura crescente de receptores em lista de espera, além de contribuir como um dos principais fatores responsáveis por sua escassez. (MORAIS e MORAIS, 2012)

Dentro os motivos para a recusa dos familiares em consentir com o transplante de órgãos estão: (MORAIS e MORAIS apud MORAES e MASSAROLO, 1995)

- A crença religiosa;
- À espera de um milagre;
- A não compreensão do diagnóstico de morte encefálica e a crença na reversão do quadro;
- A não aceitação da manipulação do corpo;
- O medo da reação da família;
- A inadequação da informação e a ausência de confirmação da morte encefálica;
- A desconfiança na assistência e o medo do comércio e órgãos;
- A inadequação do processo de doação;
- O desejo do paciente falecido, manifestado em vida, de não ser um doador de órgãos;
- O medo de perda do ente familiar.

9.1 A INFLUÊNCIA RELIGIOSA

Segundo o IBGE foi divulgado em 2010 o Censo sobre religião declarada pelos brasileiros onde foi indicado que há cerca de 92% como adeptos de alguma vertente religiosa. Como consequência desse quadro, pertinente se faz esclarecer a visão das diferentes religiões sobre a doação de órgãos já que as mais significativas taxas de recusa familiar associam-se a indivíduos com maior religiosidade. (GARCIA et al, 2015)

Partindo da premissa que a religião interfere no modo de vida e na tomada de decisão de seus praticantes, é indispensável o esclarecimento acerca da visão das religiões sobre a doação de órgãos e tecidos, pois o desconhecimento e a divergência de pensar podem colaborar para a recusa familiar, derrubando em consequência o

caráter social do procedimento.

Mesmo diante da informação de que a maioria das religiões defende a prática da doação de órgãos como um ato de amor ao próximo, algumas delas, por exemplo, aceita o procedimento apenas quando não há troca de sangue. (GARCIA et al, 2015)

Segundo a Central de Transplantes do Rio Grande do Sul, em 2016, foi identificado uma tendência à aumento da negativa familiar e, no Brasil, o percentual é ainda maior, onde cerca de 11% das famílias que negam o procedimento o fazem por motivos religiosos.

Nesse sentido, é de grande valia que debates e discussões dentro das diversas religiões existentes no país aconteçam entre seus participantes, sempre respeitando e compreendendo suas decisões e convicções, mas sempre corroborando para a adequada instrução quando ao ato em si.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como o conhecimento sobre procedimento e legislação dos transplante de órgãos é necessário dada sua importância no prolongamento da vida, bem este considerando primordial dentro do ordenamento, não só brasileiro, mas mundial.

A necessidade do ser humano impulsionado pela busca de técnicas que atendessem a ao seu próprio desenvolvimento esbarra em inúmeras questões de cunho social, jurídico e médico em que muitas das vezes não corrobora com seu desenvolvimento ou sua função.

Historicamente é possível visualizar a evolução dos transplantes de órgãos visto a partir do *modus operandi* deste procedimento que sequencialmente foi inovado, melhorado e trabalhando e que proporcionou uma modificação circunstancial do ponto de vista clínico e jurídico versando, ainda, sobre conceitos determinados que viabilizam uma perspectiva amplada como a vida pode ser trabalhada em sua mais variada complexidade.

O procedimento cirúrgico compreende etapas clínicas com a finalidade de salvar a vida de milhares de pessoas e é esperado por inúmeros pacientes nos corredores de hospitais ao redor do mundo. Seus conceitos são os mais variados e por vezes não é conhecido nem mesmo pelos profissionais de saúde que laboram diariamente com pacientes das mais variadas vertentes da medicina o que de fato se mostra ainda mais perceptível quando se trata de pessoas comuns que sequer possuem o conhecimento básico de questões simples no que se refere a sua própria saúde.

Nesse aspecto é possível, também, identificar dúvidas sobre seu regramento atual do ponto de vista das leis brasileiras ao passo que questões como consentimento familiar e autorização do doador são vistos de maneiras distintas por cada participante

do processo. Questões como o fundamento do transplantes de órgãos dentro do ordenamento jurídicosimilarmenete é pouco conhecido pelos profissionais da saúde e pela população.

Diante dessas questões entende-se necessário a compreensão dos conceitos médicos e jurídicos que cercam o tema deste trabalho com vistas a responder questões que implicam necessariamente no aumento de procedimentos a serem realizados e consequentemente diminuição das causas que impossibilitam sua realização.

A morte é um acontecimento natural de conhecimento mundial, mesmo não sabendo exatamente quando de fato acontecerá. Com as inúmeras descobertas realizadas pela ciência questões como o protocolo de abertura do procedimento é tão vital como o conhecimento acerca da morte encefálica.

Como pode-se perceber, em alguns casos, nem mesmo os médicos conhecem esse funcionamento e por esse motivo acaba por implicar na queda dos transplantes realizados, conforme tabelas apresentadas, fazendo necessário que essas questões sejam discutidas tanto em no âmbito interno como externo das redes hospitalares.

Um procedimento eficiente para que se produza resultados satisfatórios perpassa por questões do tipo, pois além dos quesitos clínicos implicam ainda questões de ordem subjetiva como as que versam sobre o preparo e cuidados a serem tomados pela equipe que fará a entrevista da família.

Quanto as questões jurídicas necessário se faz dar prioridades a evoluções pertinentes com intuito de melhora-las ou até mesmo rediscuti-las proporcionando, inclusive à população, acesso a questões que possam acompanhar a evolução do pensamento da população.

Muito pouco se sabe acerca dos transplantes de órgãos até mesmo dentro dos meios hospitalares e jurídicos que sequer têm discussões sobre os direitos que viabilizam o exercício desse direito e as questões que comumente trabalham em seu dia a dia. Indagações sobre o consentimento familiar ou a autorização em vida não são discutidas dentro desses ambientes, questões essas que poderiam ser incisivas para um adequado regramento que poderia consubstanciar o trato diferenciado sobre a matéria com vistas até mesmo a sua mudança.

Nota-se que mesmo através dessa crescente evolução que vivem os brasileiros e a crescente melhora nos dados regionais no número de transplantes realizados, a doação de órgãos necessita de discussões que precisam estar no cotidiano das pessoas, dos políticos e até mesmo dos profissionais de saúde, seja conhecendo como outros países tratam do assunto, seja para analisar como impossibilitar problemas que apenas implicam na sua prosperidade, pois quaisquer assuntos a serem abordados sobre o tema tem apenas uma única finalidade que é a vida do ser humano, o respeito a sua dignidade consubstanciada em direitos inerentes a vida, autonomia e disposição

solidária do próprio corpo.

REFERÊNCIAS

_____. Brasil tem o maior sistema público de transplante do mundo. **Revista Algomais**. Dezembro de 2019. Disponível em: <http://revista.algomais.com/saude/brasil-tem-o-maior-sistema-publico-de-transplantes-do-mundo>. Acesso em: 03/08/2020.

ABTO, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Diretrizes básicas para captação eretirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. Outubro de 2009. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/pdf/livro.pdf>>. Acesso em: 21/07/2020.

ABTO, Registro Brasileiro de Transplantes. **Dimensionamento de Transplantes no Brasil e em cada estado**. Ano XXV nº4. Disponível em: <https://site.abto.org.br/publicacao/rbt-2019/>. Acesso em 04/08/2020.

ADRIOLLI, Lívia Meneghel. **Transporte de órgãos para Transplante**. Março de 2015. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/transporte_de_orgaos_para_transplantes_0.pdf. Acesso em: 31/07/2020.

ALMEIDA, Elton Carlos de. **Doação de órgãos e visão da família sobre a atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira**. 2011. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19012012-105053/publico/EltonCarlosdeAlmeida.pdf>. Acesso em: 05/09/2020.

AMARAL, Débora Maria Gomes Messias. **Tráfico de órgãos: um crime invisível**. Setembro de 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/68814/trafico-de-orgaos-um-crime-invisivel/2>. Acesso em: 14/11/2020.

AMARAL, Débora Messias. **Transplantes de órgãos no Brasil**. Junho de 2020. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/83608/transplante-de-orgaos-no-brasil>. Acesso em: 14/11/2020.

ANDRADE, Almir Ferreira de et al. **Coma e outros estados de consciência**. 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/Felipe/Downloads/59185-Texto%20do%20artigo-76094-1-10-20130726.pdf>. Acesso em: 15/11/2020.

BALAN, Mariana. **França muda lei e torna doação de órgãos automática**. Janeiro de 2017. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/franca-muda-lei-e-torna-doacao-de-orgaos-automatica-enjm2peyae93ltnb5jystoym3/>. Acesso em: 22/09/2020.

BERTI, Silma Mendes. **Direitos de Personalidade**. Disponível em:

<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/direitos-da-personalidade/>. Acesso em 02/10/2020.

BORTONCELLO, Franciellen. **Direitos da Personalidade**: Uma nova categoria de direitos a ser tutelada. Disponível em:

<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp021795.pdf>. Acesso em: 07/11/2020.

BRANCO, Klébia Castelo. NETO, João David de Souza. MEIJA, Juan Cosquilo. JUNIOR, Valdeste C. Pinto. **Transplante de coração um caminho para a vida**. Editora Ipeph, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lista de espera**. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/11/regiao-2/BA.pdf>. Acesso em: 12/08/2020

BRASIL. Conselho da Justiça Federal. **IV Jornada de Direito Civil**. 2007.

Organização: Ministro Ruy Rosado de Aguiar Jr. Brasília: CJF, 2007. 2 v. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/cjf/corregedoria-da-justica-federal/centro-de-estudos-judiciarios-1/publicacoes-1/jornadas-cej/IV%20Jornada%20volume%20I.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 11/06/2020.

BRASIL. **Decreto 879 de 22 de julho de 1993**. Regulamenta a Lei 8.489, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanitários. Brasília, DF. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/113191/decreto-879-93>. Acesso em 05/09/2020.

BRASIL. Fundação Banco de Olhos. **As duas pernas**. Goiânia; 2000 [Folder]

BRASIL. **Lei 4.280, de 06 de novembro de 1963**. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. Brasília, DF. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4280-6-novembro-1963-353353-publicacaooriginal-1-pl.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20a%20extirpa%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%B3rg%C3%A3o%20ou%20tecido%20de%20pessoa%20falecida.&text=2%C2%BA%20A%20extirpa%C3%A7%C3%A3o%20de%20outras,Art..> Acesso em: 05/09/2020.

BRASIL. **Lei 5.479 de 10 de agosto de 1968**. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica e dá outras

providências.

Brasília, DF. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19501969/L5479.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%205.479%2C%20DE%2010%20DE%20AGOSTO%20DE%201968.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20a%20retirada%20e,cient%C3%ADfica%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=1%C2%BA%20A%20disposi%C3%A7%C3%A3o%20gratuita%20de,permitida%20na%20forma%20desta%20Lei. Acesso em:

05/09/2020.

05/09/2020.

BRASIL. Lei 8.489 de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em:

<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/127766/lei-8489-92>. Acesso em: 05/09/2020.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm. Acesso em: 11/07/2020

BRASIL. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm. Acesso em: 11/07/2020

BRASIL. Ministério da defesa. CGNA coordena o transplante de órgãos pela FAB. 2018. Disponível em:

<https://www.fab.mil.br/noticias/mostra/32842/DOA%C3%87%C3%83O%20DE%20C3%93RG%C3%83OS%20CGNA%20coordena%20o%20transporte%20de%20C3%B3rg%C3%A3os%20pela%20FAB>. Acesso em: 13/11/2020.

13/11/2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Tráfico de pessoas uma abordagem para os direitos humanos. 2013. Disponível em: https://www.justica.gov.br/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/anexos/cartilha_traficodepessoas_uma_abordagem_direitos_humanos.pdf. Acesso em: 14/11/2020.

BRITO, Livia Diederichsen. PRIEB, Rita Gomes. Fatores de interferência no processo de doação de órgãos e tecidos: Revisão de literatura. 2013. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2012/2.pdf>. Acesso em:

15/11/2020.

CINQUE, Valdir Moreira. BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.** 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/20.pdf>. Acesso em: 15/11/2020.

COELHO, Gustavo Henrique de Freitas. BONELLA, Alcino Eduardo. **Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil.** Setembro de 2019. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000300419. Acesso em: 22/09/2020.

CRUZ, Elaine Patrícia. **Principal motivo para a não doação de um órgão é a negativa familiar.** Agência Brasil, setembro de 2019. Disponível em:
<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-09/principal-motivo-para-nao-doacao-de-um-orgao-e-negativa-familiar>. Acesso em: 20/07/2020.

DECLARAÇÃO DE ISTAMBUL. 27 de abril a 01 de maio de 2008. Disponível em:
http://www.declarationofistanbul.org/images/stories/translations/doi_portuguese.pdf Acesso em: 14/11/2020

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro.** 29ª Edição. Editora Saraiva. 2012. DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito.** Editora São Paulo, 2011.

FACHINI, Mônica. **Análise Logística de Transporte de órgãos e Tecidos para fins de Transplantação.** Disponível em:
<https://www.imed.edu.br/Uploads/M%C3%94NICA%20FACHINI.pdf>. Acesso em: 31/07/2020.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **La Organización Nacional de Trasplantes celebra su 25 aniversario con pacientes y profesionales de toda la red trasplantadora española.** Madrid: MSSSI; 2014, p. 5. Disponível em:
<https://bit.ly/2ImgYG9>. Acesso em: 05/05/2020

FOSS, Stein et al. **Doctors' attitudes to organ donation.** 2014. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/263208933_Doctors'_attitudes_to_organ_donation. Acesso em: 15/11/2020.

GARCIA, Valter Duro, VITOLA, Santo Pascual, PEREIRA, Japão Drose. **Doação e transplante de órgãos e tecidos.** 2015. Disponível em:
<http://www.adote.org.br/assets/files/LivroDoacaOrgaosTecidos.pdf>. Acesso: em 30/07/2020.

GARCIA, Valter Duro, et al. **Manual de doação e transplantes.** 2017. Disponível

em: <http://uap.heufpel.com.br/wp-content/uploads/sites/6/2016/12/Manual-dos-Transplantes-ok.pdf>. Acesso em: 14/08/2020.

GARRIDO, Samantha Santana. **Doação de órgãos e tecidos post mortem: uma análise da manifestação da vontade do doador à luz do sistema jurídico brasileiro.** 2013.

Disponível em:

<http://portal.faculdadebaianadedireito.com.br/portal/monografias/Samantha%20Santana%20Garrido.pdf> . Acesso em: 14/11/2020.

GOES, Winnicius Pereira. **TRANSPLANTE E COMERCIALIZAÇÃO DE ÓRGÃOS:** Limites à disponibilidade do corpo humano. 2011. Disponível em:

<http://eventos.uenp.edu.br/sid/publicacao/artigos/31.pdf>. Acesso em: 31/07/2020.

GOMES, Rosângela Maria. **Análise de sobrevida do enxerto de pacientes transplantados renais em esquema de manutenção imunossupressora no SUS, Brasil:** 2000 – 2010. 2015. Disponível em:

https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-ASXLX3/1/dissertao_mestrado_ros_ngelamariagomes_maio_2015.pdf. Acesso em: 11/07/2020.

GONZAGA, Luiz. **Santa Catarina bate recorde de doação de órgãos em 2019.**

Janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/santa-catarina-bate-recorde-de-doacoes-de-orgaos-em-2019>. Acesso em: 14/09/2020.

GRAY, Susan Heinrichs. **Transplants:** 2009, Cherry Lake Pub. Disponível em:

<https://openlibrary.org/books/OL16444297M/Transplants> . Acesso em: 13/03/2020.

HOLMES, Richard. **Cape Town's inspiring medical marvel.** Abril de 2019. Disponível em: <http://www.bbc.com/travel/story/20190410-cape-towns-inspiring-medical-marvel>. Acesso em: 21/07/2020.

INTERNACIONAL, Rádio França. **Projeto de Lei que amplia doação de órgãos geradebate na Alemanha.** Janeiro de 2020. Disponível em:

<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/01/16/projeto-de-lei-que-amplia-doacao-de-orgaos-gera-debate-na-alemanha.ghtml>. Acesso em: 22/09/2020.

IRODAT. **International Registry on organ donation and Transplantations.**

Junho de 2018. Disponível em:

https://www.irodat.org/img/database/pdf/NEWSLETTER2018_June.pdf. Acesso em: 22/09/2020

KRASTINS, Rosana Guida. **Direitos ao transplante de órgãos e tecidos como um direito da personalidade.** Disponível em:

<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp029442.pdf>. Acesso em: 25/09/2020.

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

LIMA, Walber Cunha. **Os direitos da personalidade e o transplante de órgãos humanos no Brasil.** Disponível em: [file:///C:/Users/Felipe/Downloads/193-Texto%20do%20artigo-652-1-10-20110310%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Felipe/Downloads/193-Texto%20do%20artigo-652-1-10-20110310%20(1).pdf). Acesso em: 08/11/2020.

MARCK, Claudia H. **Australian emergency doctors' and nurses' acceptance and knowledge regarding brain death: a national survey.** Maio de 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22583165/>. Acesso em: 15/11/2020.

MARINHO, Alexandre. **Um estudo sobre as filas de transplante no Sistema Único de Saúde brasileiro.** Outubro de 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000029. Acesso em: 15/11/2020.

MAYNARD, Lorena Oliveira Dantas, LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira, LIMA, Yara Oyam Ramos, COSTA Ediná Alves. **Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil.** Disponível em: [file:///C:/Users/carde/Downloads/111657-Texto%20do%20artigo-201541-1-10-20160301%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/carde/Downloads/111657-Texto%20do%20artigo-201541-1-10-20160301%20(2).pdf). Acesso em: 16/07/2020.

MEDICINA, Conselho Federal, **CFM atualiza resolução com critérios de diagnóstico da morte encefálica.** Dezembro de 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27329:2017-12-12-11-27-28&catid=3. Acesso em: 17/07/2020.

MIRANDA, Maramélia. **Nova resolução do CFM sobre Morte Encefálica.** Disponível em: <http://www.ineuro.com.br/nova-resolucao-do-cfm-sobre-morte-encefalica/>. Acesso em: 16/07/2020.

MORAES, Alexandre. **Direitos Humanos Fundamentais.** 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MORAIS, Maricelma Ribeiro. MORAIS, Taise Ribeiro. **Doação de órgãos: é preciso educar para avançar.** 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400015. Acesso em: 14/11/2020.

MORSCH, José Aldair. **Protocolo de morte encefálica: Conceito, atualizações e regras gerais do Brasil.** Fevereiro de 2020. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/protocolo-de-morte-encefalica>. Acesso em 24/08/2020.

NCAP, Instituto Israelita de Responsabilidade Social Projeto Núcleo de Captação de

órgãos. **Manual do Núcleo de Captação de Órgãos.** Iniciando uma comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplantes – CIHDOTT. Disponível em: <https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/manual-ncap.pdf>. Acesso em: 20/07/2020.

PARANA, Agências de Notícias do. **Paraná é líder em doação de órgãos para transplante no Brasil.** Setembro de 2019. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=103917&tit=Parana-e-lider-em-doacao-deorgaos-para-transplante-no-Brasil>. Acesso em: 14/09/2020.

PERILO, Bruna. **Órgãos do corpo humano:** Quais são, funções e características. Maio de 2020. Disponível em: <https://conhecimentocientifico.r7.com/orgaos-do-corpo/>. Acesso em: 11/05/2020

REBELO, Tertius. **Doação de órgãos entre pessoas vivas e suas regras.** 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/58107/doacao-de-orgaos-entre-pessoas-vivas-e-suas-regras>. Acesso em: 16/07/2020.

REDAÇÃO, Vida e Ação. **Doação de órgãos após a morte:** quanto tempo é necessário? Setembro de 2019. Disponível em: <https://www.vidaacao.com.br/doacao-de-orgaos-apos-a-morte-quanto-tempo-e-necessario/#:~:text=Exames%20rigorosos%20confirmam%20morte%20encef%C3%A1lica&text=Ap%C3%B3s%20a%20morte%20encef%C3%A1lica%2C%20o,ser%20mais%20aproveitados%20para%20doar%20o>. Acesso em: 14/07/2020.

REGISTRO Brasileiro de Transplantes, **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado.** Ano XXV, nº 4. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-leitura.pdf>. Acesso em: 12/07/2020.

RIBEIRO, Bárbara Maria Dantas Mendes. **Uma análise dos aspectos gerais do princípio da dignidade da pessoa humana.** Julho de 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/67466/uma-analise-dos-aspectos-gerais-do-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana>. Acesso em: 13/11/2020.

SANTOS, Marcelo José dos, MASSAROLLO Maria Cristina Komatsu Braga, MORAES, Edvaldo Leal de. **Entrevista familiar o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.** Outubro de 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/22.pdf?origin=publication_detail. Acesso em: 20/07/2020.

SARCINELLI, Andreza Rocha Dias e OBREGON, Marcelo Fernando Quiroga. **A doação de órgãos post mortem à luz das legislações brasileira, espanhola e portuguesa.** Abril de 2018. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-171/a-doacao-de-orgaos-post-mortem-a-luz-das-legislacoes-brasileira-espanhola-e->

portuguesa/. Acesso em: 31/07/2020.

SAÚDE, Ministério da Saúde. **Transplante de órgãos e tecidos**. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2100-transplante-de-orgaos-e-tecidos>. Acesso em: 11/07/2020.

SCHEIN, Alaor Ernst. **Avaliação do conhecimento dos intensivistas de Porto Alegre sobre morte encefálica**. 2006. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8541/000579571.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15/11/2020.

SCHRAMM, Fermin Roland. RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. **Atenção médica, transplante de órgãos e tecidos e políticas de focalização**. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900026. Acesso em: 12/11/2020.

SENADO, Agência. **Doação de órgãos poderá ser feita sem autorização de familiares, decide CCJ**. Maio de 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/05/22/doacao-de-orgaos-podera-ser-feita-sem-autorizacao-de-familiares-decide-cdj>. Acesso em: 03/08/2020.

SILVA, Andiará Roberta. NETO, Theobaldo Spengler. **Transplante de órgãos e tecidos: uma abordagem constitucional**. Março de 2005. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/7541/transplantes-de-orgaos-e-tecidos>. Acesso em: 01/08/2020.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

SOARES, Letícia Santana da Silva et al. **Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017**. Abril de 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100310. Acesso em: 04/08/2020.

SUL, Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. **Entenda como funciona o processo de transplantes**. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/como-funciona-o-processo-de-transplante>. Acesso em: 16/07/2020.

TANNOUS, Luana Alves et al. **Manual para notificação diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos**. 2018. Disponível em: <http://coimplante.odo.br/Biblioteca/Publica%C3%A7%C3%B5es%202019/Protocolo%20de%20Morte%20Encef%C3%A1lica%2003.09%20novo.pdf>. Acesso em: 12/08/2020.

TEIXEIRA, Renan Kleber Costa et al. **A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica.** Setembro de 2012.

Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2012000300009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15/11/2020.

UBIRATAN, Edmundo. **Conheça a complexa logística do transplante de órgãos para transplante.** Disponível em:

https://aeromagazine.uol.com.br/artigo/conheca-complexa-logistica-de-transporte-de-orgaos-para-transplante_4652.html. Acesso em: 13/11/2020.

WEBER, Fernanda. Transplante de órgãos e tecidos post mortem e a autonomia da vontade do doador versus autorização da família do de cujus. **Revista Jus Navigandi**. ISSN 1518- 4862, Teresina, ano 24, n. 5883, 10 ago. 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/61234>. Acesso em: 5 set. 2020.

WIKIPEDIA. **Declaração de Istambul.** Janeiro de 2017. Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_de_Istambul#:~:text=A%20Declar%C3%A7%C3%A3o%20de%20Istambul%20foi,%20em%20Istambul%20na%20Turquia. Acesso em: 14/11/2020.