

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE DIREITO

CAMILA LUCHESE ANTUNES

A POSSIBILIDADE LEGAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO TRANSPLANTE
RENAL PAREADO NO BRASIL

Florianópolis

2018

Camila Lucchese Antunes

**A POSSIBILIDADE LEGAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO TRANSPLANTE
RENAL PAREADO NO BRASIL**

Monografia apresentada ao Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Mikhail Vieira de Lorenzi Cancelier


**Florianópolis
2018**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

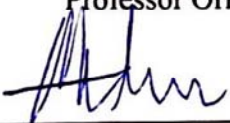
TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “A possibilidade legal de implementação do transplante renal pareado no Brasil”, elaborado pela acadêmica Camila Lucchese Antunes, defendido em 03/07/2018 e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota 10 (DEZ), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

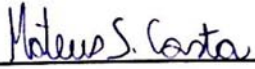
Florianópolis, 03 de julho de 2018



Mikhail Vieira de Lorenzi Cancelier
Professor Orientador



Alexandre Herculano Abreu
Membro de Banca



Mateus Stallivieri da Costa
Membro de Banca



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Jurídicas
COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E
ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA

Aluna: Camila Lucchese Antunes

RG: 4.853.522

CPF: 094.230.619-82

Matrícula: 13200050

Título do TCC: A possibilidade legal de implementação do transplante renal pareado no Brasil

Orientador: Mikhail Vieira de Lorenzi Cancelier

Eu, Camila Lucchese Antunes, acima qualificada, venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido.

Florianópolis, 03 de julho de 2018.

Camila Lucchese Antunes

Camila Lucchese Antunes

AGRADECIMENTOS

Credito não só este trabalho, como também minha jornada acadêmica e pessoal à minha mãe, Leila Carolina Lucchese, por ser absolutamente tudo e mais um pouco e por ter dedicado a mim todas suas infindáveis forças nesses quase completos 24 anos. Obrigada por ser minha mãe.

Ainda, aos meus avós maternos, Ligia Cavalcanti Lucchese e Luiz Lucchese Neto, por tantas vezes segurarem minhas mãos e direcionarem meus passos como meus pais fossem.

At some point, you have to make a decision. Boundaries don't keep other people out. They fence you in. Life is messy. That's how we're made. So, you can waste your lives drawing lines or you can live your life crossing them.

- Meredith Grey, S1E2

RESUMO

O presente trabalho teve como tema central a perspectiva jurídica quanto à possibilidade de aplicação do transplante renal pareado e se buscou fazer uma pesquisa bibliográfica e documental para identificar as congruências do procedimento para com o sistema jurídico brasileiro. No primeiro capítulo se apresentou os conceitos, definições e natureza dos direitos fundamentais através de um panorama histórico. Em seguida, foram destacados os direitos à vida e à saúde como nortes das legislações brasileiras. No segundo capítulo, por outro prisma, foram analisados os direitos da personalidade, mediante sua conceituação controversa na doutrina, explanando, com especial enfoque o direito de disposição do próprio corpo. Tendo em vista as mais diversas implicações deste último, foi delimitado o seu exercício em prol dos transplantes, passando-se a discorrer quanto às normas jurídicas existentes acerca dos mesmos. No terceiro capítulo foram expostos aspectos médicos relativos ao transplante renal, sendo realizada análise de dados atinentes ao assunto, em busca de apresentar a harmonização do transplante renal pareado para com o direito à vida, à saúde e à disposição do próprio corpo, tal como a demais regras relativas a transplante. Ao final, concluiu-se que o sistema de doação renal pareada se coaduna ao sistema jurídico brasileiro, cabendo sua promulgação com por meio de edição ao Decreto Lei n. 9.175, de 18 de outubro de 2017.

Palavras Chave: Direitos fundamentais; Direito à vida; Direitos da personalidade; Direito de disposição do próprio corpo; Transplante; Transplante renal; Transplante renal pareado.

ABSTRACT

The present study focuses on the legal perspective regarding the possibility of the application of paired kidney donation, by reviewing the literature and legal research to identify the congruences of the procedure with the Brazilian legal system. In the first chapter, the concepts, definitions and nature of fundamental rights were presented through a historical panorama. The rights to life and health were then highlighted as one of the norms of Brazilian legislation. In the second chapter, from another perspective, the rights of the personality were analyzed, through its controversial conception in doctrine, explaining, with special focus, the right of disposal of the body itself. In view of the different implications of the latter, its exercise in favor of transplants was delimited, and the existing juridical norms concerning them were discussed. In the third chapter, the medical aspects related to renal transplantation were exposed, and data analysis was performed regarding the subject, in order to present the harmonization of the paired kidney donation with the right to life, health and disposition of the body itself, as the rules on transplantation. At the end, it was concluded that the kidney paired donation system is in line with the Brazilian legal system, being promulgated by means of editing to Decree Law n. 9,175, dated October 18, 2017.

Keywords: Fundamental rights; Right to life; Personality rights; Right of disposal of the body itself; Transplant; Renal transplantation; Kidney paired transplantation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ilustração dos modelos de transplante renais pareados propostos por Feliz Rapaport.....	58
Figura 2 – Ilustração do transplante renal pareado no modelo <i>2-way Exchange</i>	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

AMEO – Associação da Medula Óssea

CFM – Conselho Federal de Medicina

IRODAT - *Internacional Registry in Organ Donation and Transplantation*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA	15
1.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS	16
1.2 DIREITO À VIDA E DIREITO À SAÚDE.....	21
2 DIREITOS DA PERSONALIDADE E DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO.....	27
2.1 DIREITOS DA PERSONALIDADE	28
2.1.1 Natureza.....	32
2.1.2 Classificação	34
2.2 DIREITO DE DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO	35
2.3 TRANSPLANTE.....	37
2.3.1 Legislação	39
2.3.2 Lei n. 9.434/1997	43
2.3.2 Sistema Nacional de Transplantes	47
3 DOAÇÃO PAREADA.....	51
3.1 TRANSPLANTE RENAL	51
3.2 DADOS	59
3.3 TRANSPLANTE RENAL PAREADO	61
3.3.1 Transplante Renal Pareado no Brasil.....	65
4 CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS	75

INTRODUÇÃO

A saúde sempre foi âmbito de debate entre médicos, operadores de direito e membros do poder executivo. Não obstante as previsões constitucionais do direito à saúde e à vida, há de ser reconhecida a deficiência na prestação de políticas públicas nesse domínio.

Por esse ângulo, a batalha travada diariamente pelos pacientes com insuficiência renal que aguardam a notícia da possibilidade da recepção de um rim é muitas vezes angustiante para os próprios e para suas famílias, período este em que o enfermo necessita impreterivelmente de inúmeras sessões de hemodiálises, o que também acaba acarretando a redução da qualidade de vida.

A demora na espera de um rim apto a transplante dá-se por inúmeros motivos, sendo um deles o fato de que a maior fonte de captação de órgãos hoje em dia, no Brasil, é de doadores em que foi constatada morte encefálica, conforme ditames de leis e portarias pertinentes, devendo ser autorizada a doação dos órgãos pelos familiares. Nesse momento crucial de autorização de parentes para a retirada de órgãos incidem inúmeras barreiras culturais, religiosas e até mesmo populares.

Em que pese o Brasil ter evoluído os números de transplantes realizados com órgãos de “doadores cadáveres” com base em campanhas e maior cientificação da população sobre necessidade da referida autorização, ainda assim o acréscimo no número de doações provenientes nessa modalidade não atinge seu efetivo potencial e passa longe de suprir a demanda.

Como alternativa, os pacientes que aguardam na lista da fila de transplante, regulada pelo Sistema Único de Saúde, concomitantemente buscam parentes aptos a doarem juridicamente, conforme Lei n. 9.343/1997 (atual lei que regulamenta transplante de órgãos), e também aptos no sentido fisiológico. Apesar do ato altruísta do candidato a proceder a doação do órgão, o mesmo deverá demonstrar uma série de compatibilidades orgânicas com o receptor do rim para que o transplante seja realizado, e é neste ponto que muitas operações se frustram.

Em vista disso, alguns países vêm desenvolvendo programas de transplante renal pareado, correspondente em inglês a *Kidney Paired Donation - KPD*, onde esse candidato a doador não compatível biologicamente é reaproveitado em benefício do seu receptor correspondente. Assim, localizado um par não correspondente geneticamente (doador 1 - receptor 1), mas que demonstra compatibilidade para com outro par (doador 2 - receptor 2),

realiza-se a troca cruzada dos órgãos (doador 1 - receptor 2; doador 2 - receptor 1), procedimento melhor descrito decorrer do trabalho.

No Brasil, a comunidade médica entusiasta do sistema pareado ainda se demonstra extremamente tímida frente à toda realidade vivida pelo país em seus hospitais públicos, bem como ao recorrente medo de que a hipótese acabe por facilitar a comercialização de órgãos humanos. Entretanto, argumentações assim apenas demonstram a falta de uma maior reflexão acerca do procedimento. Nesse aspecto, em que pese a realidade social e jurídica dos países que implementaram o programa de doação pareada seja diferente da vivida no Brasil, existe um modelo de transplante pareado mais tangível ao país, intitulado de *2-way Exchange*.

Nesse cenário, o tema é delimitado com base no direito à vida, direito à saúde, direito de disposição do próprio corpo e normas jurídicas atinentes aos transplantes de órgãos, de modo que observou-se a necessidade de indagar se o procedimento narrado se coaduna com o sistema jurídico brasileiro.

A justificativa de sua análise se dá em razão da importância do tema, eis que afeta o direito à vida e à saúde dos pacientes portadores de doenças renais, bem como extremamente contemporâneo, visto que existem poucos conteúdos médicos sobre o assunto no Brasil e quase remotas menções no âmbito jurídico.

Desse modo, o objetivo do presente estudo é averiguar se o sistema jurídico brasileiro, em especial a legislação de transplante, impõe algum impedimento à aplicação do transplante renal pareado, em observação ao direito à vida e à saúde dos enfermos, além do direito de dispor do próprio corpo daqueles que se voluntariam a ceder o órgão no modelo proposto.

Com esse proceder, o presente estudo monográfico utiliza-se do método de abordagem dedutiva e a técnica de pesquisa documental, a partir da análise bibliográfica em exame à doutrina brasileira referente aos direitos fundamentais e aos direitos da personalidade, assim como às legislações cabíveis a transplante de órgãos e, por fim, a leitura de artigos científicos quanto ao sistema de doação pareada, buscando investigar a viabilidade jurídica de implementação do transplante renal pareado no Brasil.

Assim, no primeiro capítulo serão abordados os direitos fundamentais em sua natureza e características, buscando delimitar o direito à vida como um dos nortes supremos do sistema jurídico. Nessa esteira, o direito à saúde também será apresentado como um viabilizador do direito à vida, apesar da realidade fática demonstrar disparidades.

No segundo capítulo serão abordados os direitos da personalidade como intrinsecamente ligados aos direitos fundamentais, também descrevendo a natureza e

características atinentes. Nessa continuidade, o ato de dispor do corpo para fins de transplante constitui-se de uma das maiores implicações fáticas do direito de disposição do corpo, ao que a legislação impõe severos limites em observância ora ao direito à vida e ora à liberdade de cada cidadão.

Por fim, no terceiro capítulo, serão delimitados os contornos do transplante renal e a definição do transplante renal pareado, de modo a sugerir a aplicação de um modelo restritivo deste último em prol dos pacientes renais que aguardam a notícia de disponibilidade de um órgão em lista única de espera.

1 DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA

Na Grécia antiga, o significado de *vida* era equivalente a dois termos distintos: *zoé* e *bios*. O primeiro era concebido como modo mais simplista de viver, comum a todos os seres e se relacionava com o conceito de *vida nua*, que equivalia à vida não politizada. Já o segundo representava a vida em sua forma qualificada no que tange um indivíduo ou um grupo. (AGAMBEN, 2007, p. 9)

Giorgio Agamben, filósofo italiano, ao analisar esses conceitos, explica que a *vida nua* é capturada pelo ordenamento e, dessa maneira, excluída do indivíduo, como o fundamento oculto do sistema político. Com isso, somente quando homem se abstém do seu simples viver, excluindo da sua existência a *vida nua* (*zoé*), é que passaria a existir politicamente (*bios*) em um projeto no qual o grande foco de ação do Estado moderno é a interferência na vida humana. Logo, tal pensamento implica no reconhecimento de que, ao excluir seu *simples viver* (*vida nua*), o homem, mediante a articulação linguística das instituições, politiza sua vida e se integra na sociedade, aceitando e legitimando o controle sobre sua vida. Em decorrência, a evolução histórica convergiu para a tarefa de politizar a vida enquanto *zoé*, constituindo tanto o poder estatal quando a emancipação deste em busca de uma vida melhor. Nesse sentido, infere-se que a democracia moderna se tornou uma arena política na qual se reivindica, sobretudo, o direito à vida e à liberdade, em busca de libertação do *zoé* (do simples viver), sendo que, por outro lado, a democracia age no incansável intuito de transformá-la em uma forma de vida, procurando encontrar o *bios* do *zoé* (AGAMBEN, 2007, p. 10, 15, 17).

Em conclusão, Giorgio Agamben discorre que:

(...) tomar consciência dessa aporia não significa desvalorizar as conquistas e as dificuldades da democracia, mas tentar de uma vez por todas compreender por que, justamente no instante em que parecia haver definitivamente triunfado sobre seus adversários e atingido seu apogeu, ela se revelou inesperadamente incapaz de salvar de uma ruína sem precedentes aquela *zoé* a cuja liberação e a felicidade havia dedicado todos os esforços. (AGAMBEN, 2007, p. 17)

Em observação ao pensamento do autor, depreende-se que a construção da vida moderna, tal qual conhecemos hodiernamente, deu-se com base na submissão da *vida nua* ao *bios*, entregando ao Estado o direito e o dever de tutelar a maneira de viver dos cidadão.

Nessa acepção, averigua-se que na evolução histórica da democracia, primeiramente, o agir do Estado não encontrou nenhum sistema de limitação, tomando para si um poder soberano em dilapidar o *zoé*. Contudo, durante longos anos e às custas da luta e do sofrimento

de muitos, o agir do Estado foi sendo cerceado, eis que a sociedade lhe impôs certos direitos básicos e natos do ser humano.

Com esse pensamento, ocorreu a construção dos chamados direitos fundamentais, que resultam justamente dessa evolução histórica, sendo erigidos como pilares para a humanidade e resultando em “limitações impostas pela soberania popular aos poderes constituídos do Estado que dela dependem” (SILVA, 2014, p. 180).

1.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS

Diante do conceito multifacetado de direito fundamental, José Afonso da Silva entende que o termo por si só abrange a definição de direitos naturais, direitos humanos, direitos do homem, direitos individuais, direitos públicos subjetivos, liberdades fundamentais, liberdades públicas e direitos fundamentais do homem (SILVA, 2014, p. 177). Em que pese tal abrangência, o supracitado autor indica que o melhor termo equivalente seria direitos fundamentais do homem, visto que se refere a princípios que resumem a concepção do mundo e designa, no nível do direito positivo, aquelas prerrogativas e instituições que o termo concretiza, em garantias de uma convivência digna, livre e igual de todas as pessoas (SILVA, 2014, p. 177).

No qualificativo *fundamentais* acha-se a indicação de que se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive; *fundamentais do homem* no sentido de que a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados. (...) É com esse conteúdo que a expressão *direitos fundamentais* encabeça o Título II da Constituição, que se completa, como *direitos fundamentais da pessoa humana*, expressamente, no art. 17. (SILVA, 2014, p. 180)

Quanto às fontes dos direitos fundamentais, alguns apontam o pensamento cristão e a concepção dos direitos naturais como principais influências no reconhecimento estatal desses direitos, que se deu formalmente através das declarações de direitos fundamentais. Porém, SILVA vai de encontro, confirmando que existiram lutas e reivindicações para conquistar tais direitos, indicando que, quando condições materiais da sociedade propiciam, os direitos fundamentais são reconhecidos, conjugando-se em condições objetivas e subjetivas para sua formulação. (SILVA, 2014, p. 175)

Nessa lógica, percebe-se que, historicamente, os direitos fundamentais se moldaram ante três gerações ou dimensões, sendo essa divisão idealizada pelo jurista tcheco Karel Vasak, em 1979, em exposição feita em aula inaugural no Instituto Internacional dos Direitos

Humanos, em Estrasburgo, França (TARTUCE, 2016, p. 177). A primeira geração, relativa ao reconhecimento das liberdades, acompanhou o nascimento do constitucionalismo; a segunda geração pontuou a consagração dos direitos sociais; e a terceira, que é contemporânea, se apresenta quanto aos direitos de solidariedade (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 96).

A primeira geração dos direitos fundamentais data do final do século XVIII, como fruto da luta da sociedade nas revoluções que ocorriam, a exemplo da Revolução Puritana e Gloriosa na Inglaterra, em 1688, a Independência dos Estados Unidos da América, em 1771, e a Revolução Francesa, em 1789 (CAVALCANTE FILHO, 2011, p. 87). Foi a primeira vez que os alguns direitos foram declarados como fundamentais, encarados essencialmente como expressões da liberdade humana em face do Poder e do direito de participar no exercício deste (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 96).

Chamados de direitos civis ou negativos, a primeira dimensão de direitos fundamentais é atrelada ao direito de liberdade e representa, assim, direitos civis e políticos, abarcando conceitos de homem livre e Estado como pacto social, sendo um reflexo do Estado liberal (TRINDADE, 2014, p. 83). Nessa lógica, a primeira geração de direitos fundamentais condicionou o Estado à obrigação de não fazer, de se abster (direitos negativos) frente às garantias do indivíduo contra os abusos do poder soberano (direitos individuais, liberdades públicas, liberdades formais). Por conseguinte, esses direitos visam assegurar a liberdade individual (direitos civis e políticos), de modo que Estado não poderia mais desrespeitar a vida, nem a liberdade, nem a propriedade dos cidadãos (CAVALCANTE FILHO, 2011, p. 87).

Todavia, os direitos adquiridos nessa fase tocaram muito mais à burguesia, que clamava por maior poder, do que à sociedade como um todo, haja vista que as demais parcelas ainda padeciam de penúria, o que resultou na chamada “questão social” diante do emergente conflito entre o proletariado e os bem aquinhoados (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 98).

Em verdade, aponta FERREIRA FILHO que as declarações do século XVIII já demonstravam preocupação com os desvalidos, como a Declaração francesa de 1793 que já prometia “socorros públicos” aos cidadãos necessitados e também “pôr a instrução ao alcance de todos os cidadãos” (2014, p. 98). Nada obstante, esses direitos pouco adiantavam para livrar da miséria a maioria do povo, como bem observou Marx, em seu livro “A questão judaica”, onde indicou a tese radical de que os direitos fundamentais seriam vazios para a maioria dos seres humanos, apresentando-os como direitos meramente formais, eis que o povo não teria condições de beneficiar-se deles (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 98).

Nessa perspectiva, com o passar dos anos, essas demandas populares não abarcadas na primeira geração urgiram cada vez mais. O escopo foi a expansão do capitalismo e a Revolução Industrial, onde as necessidades da classe trabalhadora se tornavam imperativas, sendo inclusive pautadas no oposicionismo do regime socialista, o qual pregava o abolicionismo da propriedade como meio para a correção das desigualdades, decorrendo na Revolução Russa em 1917. Continua Ferreira Filho afirmando:

Este reformismo [socialismo], que acompanha o intervencionismo estatal típico do Estado-providência, veio suscitar a declaração, como fundamental, de novos direitos. Estes visam a assegurar a todos uma vida digna e a igualdade de oportunidades. São os direitos ao trabalho, à educação, à saúde, ao sustento na doença e na velhice, ao lazer etc.

Refletem, segundo Duguit, a “solidariedade social”. Visam, conforme salienta Mirkine-Guetzévitch, a “assegurar a independência social do indivíduo”. Correspondem, em termos gerais, àquilo que Franklin Roosevelt chamou de *freedom from want*. (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 99)

Como resultado desse embate, na segunda década do século XX, surge a segunda geração de direitos fundamentais, com a consagração constitucional dos direitos sociais, visando garantir condições mínimas para os necessitados e excluídos, com o objetivo fundamental da igualdade real entre as pessoas (igualdade de condições). Diversamente dos direitos da primeira dimensão, a segunda geração se constituiu de direitos prestacionais, positivos, os quais impuseram ao Estado a obrigação de fazer, de prestar e dar saúde, educação, garantias trabalhistas, moradia, cultura e etc. (CAVALCANTE FILHO, 2011, p. 88).

Para muitos, o marco legal da segunda dimensão é definido como a Constituição Alemã de 1919, chamada de Constituição de Weimar. Ferreira Filho dimensiona o documento de maneira imponente, em razão da sua imensa repercussão, servindo de modelo para as Constituições dos Estados então surgidos na Europa central e com reflexos inclusive na Constituição brasileira de 1934 (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 99).

Com esse propósito, o autor compara o art. 151 alemão¹ com o art. 115² do documento brasileiro, onde ambos citam que a ordem econômica deve ser organizada de acordo com os princípios da justiça, a fim de propiciar a todos os homens uma existência

¹ Art. 151. A economia tornou-se baseada nos princípios da justiça, com o objetivo de alcançar a vida com dignidade para todos. Dentro desses limites, a liberdade econômica do indivíduo deve ser assegurada. A força legal está a serviço de substituir as demandas de bem-estar público. Liberdade de comércio e indústria quer ser realizada de acordo com uma lei do Reich. (ALEMANHÃ, 1919, tradução nossa)

² Art 115. A ordem economica deve ser organizada conforme os principios da justiça e as necessidades da vida nacional, de modo que possibilite a todos existencia digna. Dentro desses limites, é garantida a liberdade economica. Paragrapho unico. Os poderes publicos verificarão, periodicamente, o padrão de vida nas várias regiões do paiz. (BRASIL,1935)

digna, e nesses limites que é garantida a liberdade econômica. Atualmente, o art. 170, caput, da Lei Magna brasileira em vigor, perfaz eco ao reclamar o respeito aos “ditames da justiça social” e, sobretudo, ao atribuir como finalidade da ordem econômica “assegurar a todos existência digna” (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 100).

Após a Constituição Alemã, ao fim da Segunda Guerra Mundial, em 1948, a Assembleia Geral da ONU promulgou a Declaração de Direitos do Homem de pretensão universal. O referido documento acabou por abranger as duas gerações de direitos fundamentais formuladas até o momento, referenciando ao direito à vida, à segurança, à liberdade, à propriedade, à livre expressão do pensamento, ao trabalho, à seguridade, à associação sindical, ao repouso, à saúde, à educação, à vida cultural, a um nível de vida adequado etc. (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 101).

Com o avanço tecnológico ocorrido nos anos seguintes, foi reconhecida a 3ª Revolução Industrial como sendo a revolução tecnocientífica e dos meios de comunicação. A mudança do paradigma científico e tecnológico gerou, na humanidade, a necessidade de reconhecer novos direitos, pertencentes à terceira geração, que não correspondem a uma individualização, pois não abdicam a titularidade ao ser humano. Ao contrário, os titulares dessa nova dimensão são os povos, as nações, os Estados, as coletividades e o conteúdo não tange diretamente a dignidade humana, mas sim uma convicção quanto a sua importância (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 101).

Ferreira Filho descreve esses direitos como sendo interesses coletivos, de repercussão na condição de vida das comunidades e de seus integrantes, porém não individualizáveis. Por conseguinte, derivam da ideia de fraternidade entre os povos e afirmam direitos como direito ao meio ambiente sadio (art. 122, CF), o direito à comunicação social (art. 220, CF), o direito ao consumidor (art. 5º, XXXII, CF). De mesmo modo, abarcando a ideia de fraternidade entre os povos, instituem o direito ao desenvolvimento, o direito à autodeterminação dos povos, o direito à paz, o direito de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade etc. (FILHO, FERREIRA, 2014, p. 101)

Surge ainda a nomeação de uma quarta geração de direitos fundamentais, a qual não é comentada pelo autor Ferreira Filho, que argumenta que o inchaço dos direitos fundamentais acaba por descaracterizar justamente o que é *fundamental*. Entretanto, a quarta dimensão dos direitos fundamentais é discutida doutrinariamente, delimitando-se como o direito à democracia, à informação e ao pluralismo (NOVELINO, 2014, n.p.). Estes, por sua vez, abrangem a cidadania e a proteção da vida a partir da abordagem genética e suas atuais decorrências, lhes sendo também pertinente o biodireito.

Há autores que apontam, ainda, o surgimento de uma quinta geração de direitos fundamentais. Nesse seguimento, Marcelo Novelino leciona:

No direito brasileiro, destaca-se a proposta formulada por Paulo Bonavides no sentido de classificar a paz, enquanto axioma da democracia participativa e supremo direito da humanidade, como um direito fundamental de quinta dimensão. Segundo o autor, o reconhecimento do direito à paz como requisito indispensável à convivência humana impõe a necessidade de sua positivação no texto das diversas constituições, como ocorre com a Constituição de 1988, na qual a *defesa da paz* está elencada como um dos princípios fundamentais que regem o Estado Brasileiro em suas relações internacionais (CF, art. 4.º, VI).

Bonavides considera que o tratamento conferido originariamente por Karel Vasak – que inclui a paz no rol de direitos ligados à fraternidade (terceira dimensão) – teria se revelado incompleto e lacunoso, permitindo que o referido direito caísse no esquecimento. Por esta razão, com o objetivo de conferir a relevância devida ao *direito à paz*, propõe a sua reclassificação em uma dimensão nova e autônoma. (NOVELINO, 2014, n.p.)

Quanto às características dos direitos fundamentais, as concepções jusnaturalistas entendem tais direitos como inatos, absolutos, invioláveis (intransferíveis) e imprescritíveis. Para mais, José Afonso da Silva lhes confere (2014, p. 182-183):

- (1) Historicidade, porquanto são direitos construídos e moldados desde a revolução burguesa e “sua historicidade rechaça toda fundamentação baseada no direito natural, na essência do homem ou na natureza das coisas”;
- (2) Inalienabilidade, posto que não possuem conteúdo econômico patrimonial e são entendidos como direitos inegociáveis, intransferíveis e indisponíveis;
- (3) Imprescritibilidade, visto que são sempre exercidos e exercíveis, de sorte que não podem ser perdidos pela falta de uso, o que fundamentaria a perda de exigibilidade pela prescrição;
- (4) Irrenunciabilidade, uma vez que não é defeso o ato de renúncia, cabendo apenas o não exercício.

No tocante à classificação dos direitos fundamentais, cada país apresenta entendimento variável quanto aos critérios. O Direito Constitucional pátrio se baseia quanto ao conteúdo do direito correspondente, ao que se refere à natureza do bem protegido e do objeto ao qual tutela, originando cinco grupos: direitos individuais (art. 5º, CF); direitos à nacionalidade (art. 12, CF); direitos políticos (art. 14 a 17, CF); direitos sociais (art. 6º e 193 e ss, CF); direitos coletivos (art. 5º, CF) e direitos solidários (art. 3º e 225, CF) (SILVA, 2014, p. 186).

1.2 DIREITO À VIDA E DIREITO À SAÚDE

Independente da aparente divisão, a Constituição incorporou a integração harmônica entre todas as categorias de direitos fundamentais do homem sob o influxo do direito à vida e dos direitos sociais, dado que estes constituem um meio positivo para dar conteúdo real à possibilidade de exercício eficaz de todos os outros direitos e liberdades, pressupondo uma autêntica garantia para a democracia, ou seja, para o efetivo desfrute das liberdades civis e políticas. (PÉREZ LUÑO, 1979, p. 216 *apud* SILVA, 2014)

Nesses termos, aos operadores do direito é consagrado que o direito à vida, objeto da primeira geração de direitos fundamentais e classificado como direito individual, é norte supremo no sistema jurídico pátrio, estando protegido pela Constituição Federal, em seu art. 5º, *caput*.

Dimensionar o que é o direito à vida é tarefa complexa, porque, apesar de aparentemente ser um conceito simples, suas decorrências se encontram em constante mutação, de forma a requisitar um equivalente aprimoramento do significado, das imposições e de seus limites. José Afonso da Silva leciona que:

Vida, no texto constitucional (art. 5º, *caput*), não será considerada apenas no seu sentido biológico de incessante autoatividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), que transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte. Tudo que interfere em prejuízo deste fluir espontâneo e incessante contraria a vida. (SILVA, 2014, p. 200)

Além disso, o direito à dignidade da pessoa humana, o direito à privacidade, o direito à integridade físico-moral, o direito à integridade moral e, especialmente, o direito à existência se pautam no conceito de direito à vida bem como nele se desenvolvem (SILVA, 2014, p. 200).

Por direito à existência se entende que cada indivíduo tem o direito de estar vivo, de lutar pelo viver, defender a própria vida e de permanecer vivo, não lhe sendo interrompido o processo vital senão pela morte espontânea e inevitável. Do mesmo jeito, figura-se embutido o direito à integridade física, tornando a integridade físico-moral constituída em um bem vital como direito nato do indivíduo. (SILVA, 2014, p. 200)

Em outro vértice, o direito à saúde, previsto no art. 6º e regulamentado nos arts. 196 e seguintes da Constituição Federal, não se encontra diretamente interligado ao direito à vida,

posto que este último é indicado como direito de primeira geração, sendo o direito à saúde considerado um direito social decorrente da segunda geração dos direitos fundamentais. Contudo, para além da conotação de que todos os direitos fundamentais possuem coligação com o direito à vida, no sentido de ser esta meio necessário para a efetivação dos demais, o direito à saúde possui uma interação mais afinada com o direito à vida em comparação aos outros.

Isso porque se verifica a indispensabilidade do Estado em prover a saúde aos cidadãos como um meio essencial para manutenção da própria vida, ante o conceito acima citado de que o direito à vida implica em não interromper o processo vital senão pela morte espontânea e inevitável de um indivíduo. Com isso, fazendo-se evitável o resultado morte, o direito à vida determina que cada um tem o direito a um tratamento de saúde condigno, de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica (SILVA, 2014, p. 311).

Com o mesmo entendimento, Ingo Wolfgang Sarlet sustenta que a necessidade de preservar a própria vida humana se situa na base dos quatro direitos sociais consagrados na Constituição, e não apenas no sentido de mera subsistência física do indivíduo (o que toca diretamente o direito à saúde), mas de uma sobrevivência que corresponda à dignidade humana (2007, p. 331).

Nota-se também que, embora o direito à saúde seja encarado como um direito prestacional, onde o Estado tem o dever de agir, acaba comportando duas vertentes em sua concepção: “uma, de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenham de qualquer ato que prejudique a saúde; outra, de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas” (SILVA, 2014, p. 312).

Neste sentido, a Constituição Federal, ao mesmo tempo que estabelece a fundamentalidade do direito à saúde, confere ao Estado o dever de promover ações e serviços públicos indispensáveis à redução dos riscos de doenças, bem como de garantir à população o acesso universal e igualitário a estes, visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (CIARLINI, 2013, p. 29).

Com o objetivo de concretizar essas diretivas, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que se apresenta como a mais importante instituição do direito sanitário brasileiro, incumbindo-lhe a integração e a organização de várias entidades que levam adiante as ações atinentes à promoção da saúde (CIARLINI, 2013, p. 30).

A institucionalização do programa de acesso coletivo à saúde, no âmbito da promulgação do direito à saúde como universal na Constituição Federal, deu-se através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que legisla sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em seguida, em 28 de dezembro de 1990, foi publicada a Lei nº 8.142 que determinava a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A referida Lei 8.080/90, em seu art. 2º, institui a saúde como direito fundamental, sendo dever do Estado promover essa garantia. De igual maneira, o art. 7º define os princípios dos serviços públicos como sendo:

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990)

Assim, dentro do Sistema Único de Saúde foram esculpidos preceitos que abarcam a adoção de atividades preventivas de proteção à saúde e, ao mesmo tempo, à necessidade de intervenção curativa que se demonstre necessária. Logo, o sistema tem por objetivos a redução do risco de doenças e outros agravos, e prover acesso universal igualitário às ações e aos serviços com a devida promoção, proteção e recuperação da saúde (CIARLINI, 2013, p. 30).

Nessa continuidade, o atendimento integral proposto nos respectivos textos normativos concerne a todos os procedimentos terapêuticos reconhecidos pela ciência e autorizados pelas autoridades sanitárias competentes, ao passo que estes devem ser disponibilizados para a proteção da saúde da população, independentemente do nível de complexidade envolvido, pois o atendimento abarca desde os procedimentos ambulatoriais mais singelos até os transplantes mais complexos (CIARLINI, 2013, p. 31).

Da mesma maneira, a participação da comunidade na formulação, gestão e execução das ações e dos serviços públicos de saúde é uma diretriz do sistema, fundamentando a ideia de pluralismo, em um ambiente democrático participativo. Tal modalidade de gestão adota, para tanto, um procedimento instituidor de debates e propostas, numa convivência democrática de atores da sociedade com atores Governamentais (CIARLINI, 2013, p. 31).

No entanto, a ideia de universalização dos direitos fundamentais sociais, mais especificamente no que toca o direito à saúde, implica no tema de custos desses direitos, e o que se vê na realidade é que a ausência de efetividade na prestação estatal acaba por gerar processo de exclusão social para aqueles que não encontram a satisfação de seus anseios no sistema público ante a carência de condições econômicas aptas a concretizá-los (CIARLINI, 2013, p. 31).

Quanto ao significado dos termos de atendimento *universal* e *igualitário*, André Ramos Tavares perfaz uma crítica ao demonstrar que ambos não são sinônimos no que toca à prestação de serviços na área da saúde:

(...) as ações e serviços públicos de saúde submetem-se ao princípio do atendimento integral (art. 198, II), que é diverso do já mencionado acesso universal. Este se refere ao direito que, no caso, é atribuído a qualquer pessoa. Já o atendimento integral refere-se ao próprio serviço, que, no caso, deve abranger todas as necessidades do ser humano relacionadas à saúde. Portanto, não só todos têm direito à saúde como esta deve ser prestada de maneira completa, sem exclusões de doenças ou patologias, por dificuldades técnicas ou financeiras do Poder Público. Não é permitido a este esquivar-se da prestação de saúde em todos os setores. (TAVARES, 2008, p. 787)

Na prática, o que ocorre é a omissão estatal sob a pretensa escassez de recursos, sendo utilizada como escusa a teoria alemã denominada como reserva do possível. Esta doutrina, por seu turno, submete a efetividade de determinado direito fundamental aos recursos públicos disponíveis. O direito à saúde, do mesmo modo, acaba sendo condicionado à reserva do possível, à medida que o Estado não teria o ônus de sempre garantir o amplo acesso à saúde, mas apenas quando dispusesse de recursos suficientes para tanto. (LIMA; FERREIRA, p. 6)

Em sentido diametralmente oposto, Stephen Holmes e Cass Sunstein afirmam que os direitos constitucionais não podem prescindir do sopesamento de custo, propondo que justamente essa indagação, de quanto custa um direito, revela a necessidade de alocação estratégica de recursos públicos para a observância dos direitos constitucionais (HOLMES; SUNSTEIN, 1999, p. 128 *apud* CIARLINI, 2013).

Contudo, essa realidade se encontra distante, enquanto, no presente, a saúde social clama por maior atenção do Estado. As filas de esperas nos hospitais públicos são frequentemente noticiadas, posto que muitos morrem à espera de seu devido tratamento^{3 4}. Além disso, o caos que se instaura na saúde pública é conhecido por todos⁵, dando a impressão que o direito à saúde não é assegurado a nenhum cidadão, gerando a referida exclusão social.

Por outro lado, embora a sociedade urja por melhorias na atual situação, o governo não consegue abrir portas para novos procedimentos justamente pela falta de recursos para investir em novos modelos, à proporção em que não consegue nem mesmo suportar o ônus financeiro do atual sistema de saúde.

Com tal feito, percebe-se que, embora a construção teórica dos direitos fundamentais seja robusta ante seu desenvolvimento quase que a par do desenvolvimento do homem, a concretização desses no plano fático não apresenta a mesma correspondência, padecendo da inefetividade do Estado em tutelar, em especial, o direito à vida e à saúde.

³ Uma pesquisa realizada pelo IBOPE, em 2017, no estado de São Paulo demonstrou que o tempo de espera em média para procedimentos mais complexos, como internações e cirurgias, na rede pública cresceu de 186 dias em 2015 para 359 dias em 2017. (OBSERVATÓRIO DO TERCEIRO SETOR, 2018)

⁴ Notícia veiculou a informação de que, em 2017, 88 mil pessoas aguardavam por uma consulta na em Porto Alegre/RS. Só na cidade, a lista para consultas ortopédicas reunia 24.509 nomes, sendo que alguns aguardam atendimento desde julho de 2013. De igual forma, Santa Maria/RS apresentou dados informando que 1.540 pessoas faleceram a espera de exame ou consulta na rede pública no ano de 2016. (SIMERS, 2017)

⁵ “O Brasil destina à saúde menos do que a média mundial e mais da metade dos gastos acaba sendo paga pelo paciente. Dados publicados nesta quarta-feira, 17, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que, em 2014, 6,8% do orçamento público do governo federal eram destinados ao setor, taxa que caiu desde 2010. No mundo, a média é de cerca de 11,7%.” (ESTADÃO, 2017).

De modo paralelo, a ciência médica se aprimorou e apresentou novos horizontes à sociedade, aos quais tardiamente o Direito alcança. Os limites à vida, que outra hora se impunham, tornaram-se transponíveis ante novos procedimentos, acarretando, por vezes, a objetificação do corpo e até da respectiva vida entre os indivíduos, o que instigou o mundo jurídico a responder com novas barreiras visando a conservação da dignidade da pessoa humana, não mais perante o Estado, mas dessa vez entre os próprios cidadãos.

2 DIREITOS DA PERSONALIDADE E DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO

Em conjunto ao desenvolvimento dos direitos fundamentais, surgiu a referência aos direitos da personalidade diante da percepção de que o indivíduo, por vezes, apresentava a necessidade de proteção de seus direitos não só contra o Estado, mas contra particulares e, em situações extremas, contra ele próprio (SCHREIBER, 2014, p. 2).

Aponta-se na doutrina a discordância quanto à delimitação do conceito dos direitos da personalidade e, em especial, sua relação para com os direitos fundamentais. Carlos Alberto Bittar defende que tais dificuldades decorrem principalmente da divergência a respeito da própria existência dos direitos da personalidade, bem como quanto à sua extensão e especificação. Nesta senda, se observa que o caráter relativamente novo da construção teórica que desses direitos implica, de certa forma, na ausência de uma conceituação global definitiva. (BITTAR, 2014, p. 30)

Para alguns autores, a exemplo de Paulo Nader, os direitos da personalidade não se confundem com os direitos fundamentais, mas deles se desprendem (NADER, 2018, p. 199). Com este entendimento, os direitos fundamentais seriam gênero, enquanto os direitos da personalidade seriam espécies.

Outra vertente defendida por Gilberto Haddad Jabur compreende que alguns direitos são fundamentais, mas não personalíssimos, em que pese semelhante gênese e conteúdo. Nesse contexto, os direitos da personalidade se relacionariam com os direitos fundamentais apenas como expressões destes últimos, e não uma esfera ou ramo (2000, p. 80).

Contudo, a definição que mais parece se adequar com o teor deste trabalho é encabeçada por Anderson Schreiber, entendendo que os direitos fundamentais, direitos humanos e direitos da personalidade são tão somente designações distintas que contemplam em âmbitos diferentes os atributos da personalidade humana que necessitam de proteção jurídica (2014, p. 13).

O que muda é tão somente o plano em que a personalidade humana se manifesta. Assim, a expressão direitos humanos é mais utilizada no plano internacional, independentemente, portanto, do modo como cada Estado nacional regula a matéria. Direitos fundamentais, por sua vez, é o termo normalmente empregado para designar direitos positivados numa constituição de um determinado Estado. É, por isso mesmo, a terminologia que tem sido preferida para tratar da proteção da pessoa humana no campo do direito público, em face da atuação do poder estatal. Já a expressão direitos da personalidade é empregada na alusão aos atributos humanos que exigem especial proteção no campo das relações privadas, ou seja, na interação entre particulares, sem embargo de encontrarem também

fundamento constitucional e proteção nos planos nacional e internacional. (SCHREIBER, 2014, p. 13)

Consectariamente, há que se enfatizar da seguinte forma: enquanto os direitos fundamentais são diretrizes gerais que versam sobre garantias de todo o povo – como sociedade – em proteção ao poder excessivo do Estado, os direitos da personalidade são o resultado da captação desses valores fundamentais sistematizados no interior da disciplina civilística (TARTUCE, 2016, p. 150). Em verdade, conclui-se “em uma visão civil-constitucional, assim como os direitos da personalidade estão para o Código Civil, os direitos fundamentais estão para a Constituição Federal” (TARTUCE, 2016, p. 153).

Nesse sentido, tendo em conta a similaridade no conteúdo, os direitos fundamentais e os direitos da personalidade devem convergir para afirmar e tutelar a dignidade da pessoa humana como fim precípua do ordenamento.

2.1 DIREITOS DA PERSONALIDADE

A palavra personalidade advém do latim *persona*, que transmite a ideia sobre o desempenho de cada indivíduo no cenário jurídico e, no sentido evolutivo do termo, “passou a palavra a expressar o próprio indivíduo” (BORDA, 1953, p. 187, *apud* MALUF; MALUF, 2017). Nessa acepção jurídica, a “pessoa é o ente físico ou moral, suscetível de direitos e obrigações, sinônimo de sujeito de direito ou sujeito de relação jurídica” (BORDA, 1953, p. 187, *apud* MALUF; MALUF, 2017).

Na doutrina, Carlos Alberto Bittar conceitua os direitos da personalidade como sendo aqueles reconhecidos à pessoa humana tomada em si mesma e em suas projeções na sociedade, dispostos no ordenamento jurídico em prol da defesa de valores inatos ao homem (2014, p. 29). Com a mesma perspectiva, DINIZ afirma que os direitos da personalidade

(...) são direitos subjetivos da pessoa de defender o que lhe é próprio, ou seja, a sua integridade física (vida, alimentos, próprio corpo vivo ou morto, corpo alheio, vivo ou morto, partes separadas do corpo vivo ou morto); a sua integridade intelectual (liberdade de pensamento, autoria científica, artística e literária) e sua integridade moral (honra, recato, segredo pessoal, profissional e doméstico, imagem, identidade pessoal, familiar e social) (DINIZ, 2003, p. 135)

Flávio Tartuce, na mesma esteira de entendimento da supracitada autora, entende que o objeto dos direitos da personalidade é afeto ao modo de ser, físico ou moral do indivíduo, concedendo proteção aos aspectos psíquicos deste, além de sua integridade física, moral e intelectual, desde a sua concepção até sua morte. Sendo assim, estes direitos tutelam os atributos específicos da personalidade, encarando esta como a qualidade do ente considerado

como pessoa. (TARTUCE, 2016, p. 152)

No que se refere à evolução histórica dos direitos da personalidade, encontra-se no Código de Hamurabi (2000 a.C.) as primeiras disposições sobre a matéria, onde constam os contornos de proteção ao nome, ao respeito à vida e à dignidade da pessoa humana. O Código de Manu, legislação do mundo indiano escrita entre os séculos II a.C. e II d.C., também apresentava regras a respeito dos direitos inerentes ao homem. (MALUF; MALUF, 2017, p. 170)

A antiga Roma também se tornou referência na matéria, uma vez que se atribui aos romanos, em seu período clássico, os primeiros interditos protetivos dos direitos da personalidade, sendo concebidas as primeiras leis a tutelar a privacidade do cidadão, as quais vedavam a violação ao domicílio (*lex Cornelia*), à integridade física (*lex Aquila*) e à liberdade individual (*lex Fabia*) (MALUF; MALUF, 2017, p.172).

Anos após, no período da Renascença, o advento da corrente do humanismo concebeu o ser humano como centro da criação divina, revestido o mesmo de uma nova dignidade. Sob essa influência, no século seguinte, as teorias jusnaturalistas gradativamente propuseram a pessoa humana como centro das suas próprias intenções, atribuindo-lhe a personalidade e enaltecendo o valor da dignidade da pessoa humana, bem como da sua liberdade, em defesa contra o poder ilimitado do Estado. (MALUF; MALUF, 2017, p.174)

Entretanto, os direitos da personalidade somente entraram no ordenamento positivo, em contraposição ao sistema conservador medieval que se impunha, através da Declaração dos Direitos do Homem, em 1789, documento culminante da Revolução Francesa. (MALUF; MALUF, 2017, p. 175)

Se por um lado essa personalidade serviu outra hora para reconhecer a necessidade de o Estado limitar sua atuação frente ao homem, conferindo-lhe a aclamada liberdade mediante o reconhecimento dos direitos fundamentais, por outro lado a excessiva liberdade acabou resultando na degradação do homem pelo próprio homem. Nesse contexto, observou-se no século XIX, com especial menção à Revolução Industrial, que o sonhado direito liberal teve o efeito colateral de afastar o Estado das relações entre particulares, dando aso às mais diversas situações degradantes (SCHREIBER, 2014, p. 2). Sobre tal constatação, Paul Lafargue descreve que:

(...) os forçados das prisões trabalhavam apenas dez horas; os escravos das Antilhas, nove horas em média, enquanto na França – que havia feito a revolução de 89, que havia proclamado os pomposos Direitos do Homem – havia manufaturas onde a jornada de trabalho era de dezesseis horas. Que miserável aborto dos princípios revolucionários da burguesia! (LAFARGUE, 1999, p. 77)

Logo percebeu-se que um Estado liberal, que respeitava os direitos fundamentais, não era suficiente para garantir que esses mesmos direitos fossem preservados nas relações entre os indivíduos, tendo em vista que estes constantemente abriam mão de seus direitos frente à particulares por necessidades imediatas. (SCHREIBER, 2014, p. 4)

Dessa maneira, observou-se uma construção mais concreta dos direitos da personalidade a partir da segunda metade do século XIX, sob a insurgência de juristas que defendiam a necessidade de uma nova categoria que assegurasse, no âmbito do direito privado, a proteção daqueles direitos imprescindíveis ao ser humano. Tais direitos não poderiam se limitar a uma liberdade ilusória e vazia, mas deveriam ser superiores à própria liberdade, a salvo da vontade do seu titular, caracterizando-se pois como indisponíveis, inalienáveis e inatos. (SCHREIBER, 2014, p. 4)

Para mais, o fim da Segunda Guerra Mundial demonstrou uma grande expansão científica nas mais diversas áreas, tornando imperativa a necessidade de uma maior preocupação com a demarcação de um direito geral da personalidade e com a proteção da esfera individual da personalidade humana, como se observa na sistematização dessa proteção individual em diversas cartas constitucionais da época (MALUF; MALUF, 2017, p. 175). A exemplo, a Constituição alemã de 1949 retomou o conceito geral de personalidade, compreendendo esse “como a prerrogativa de conservação e desenvolvimento da própria individualidade, valor intrínseco do homem, conteúdo de sua dignidade, que corresponde a uma verdadeira fonte dos direitos da personalidade” (MALUF; MALUF, 2017, p. 175).

Com isso, percebe-se que, de acordo com a crescente valoração do ser humano, também se fortaleceu a teoria dos direitos da personalidade e suas formas de tutela (MALUF; MALUF, 2017, p. 175). Com essa preocupação, os ordenamentos, de um modo geral, buscaram assegurar, “sem enumeração taxativa, o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à integridade física, à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem, a proibição de tortura e de atos que degradem o ser humano” (MALUF; MALUF, 2017, p. 176).

No Brasil, por outro lado, a concretização dos direitos da personalidade tardou. O Código Civil brasileiro de 1916 não realizou nenhum apontamento sobre o assunto e, em vista disso, as poucas menções doutrinárias existentes aos poucos foram perdendo vigor. (SCHREIBER, 2014, p. 6)

O verdadeiro interesse pelo tema no direito pátrio retornou apenas a partir da segunda metade do século XX, com menção honrosa ao doutrinador Rubens Limongi França,

considerado uns dos maiores precursores do tema no Brasil (MALUF; MALUF, 2017, p. 177). Em seguida, os direitos da personalidade voltaram a constar na legislação com a promulgação da atual Constituição Federal, em 1988, e acabaram expressamente incorporados ao novo Código Civil, aprovado em janeiro de 2002.

Os direitos da personalidade ganham espaço na Constituição Federal quando a carta proclama, em seu art. 5º, inciso X, que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (BRASIL, 1988).

Por seu turno, o Código Civil optou por positivar os direitos da personalidade em um capítulo exclusivo, na parte geral, circunscritos nos artigos 11 a 21, objetivando a preservação do respeito à dignidade humana e aos direitos protegidos constitucionalmente, como o direito à vida, à integridade física e psíquica, à honra e à liberdade pessoal (MALUF; MALUF, 2017, p.170).

Assim, o diploma legal disciplinou os atos de disposição do próprio corpo (arts. 13 e 14), o direito à não submissão a tratamento médico de risco (art. 15), o direito ao nome e ao pseudônimo (arts. 16 a 19), direito à proteção à palavra, à imagem (art. 20) e à intimidade (art. 21). Em complementação, o art. 52 preceitua que “aplica-se às pessoas jurídicas, no que couber, a proteção dos direitos da personalidade” (BRASIL, 2002). O Código Civil também determina, em seu art. 11, que os direitos da personalidade possuem caráter intransmissível, irrenunciável, não cabendo qualquer limitação voluntária em seu exercício, sendo os mesmos considerados inalienáveis e imprescritíveis (GONÇALVES, 2017, p. 73).

Anderson Schreiber tece críticas ao projeto civil, datado de 1975, por ter tratado dos direitos da personalidade de modo excessivamente rígido e puramente estrutural. Nesse sentido, aduz que as disposições sobre o tema trazem soluções absolutas, definitivas, fechadas, que não corresponderiam mais à realidade contemporânea e à própria natureza dos direitos da personalidade, dificultando a solução de casos concretos (SCHREIBER, 2014, p. 6).

Os direitos da personalidade também foram tutelados no Código Penal, com relação à agressões ou atos cometidos contra a vida, honra, saúde, a intimidade, o segredo e os direitos intelectuais. Sobre a necessidade da sanção penal, Paulo José da Costa Junior comenta que as repetidas ocorrências de invasões e agressões à intimidade levaram a maioria das legislações estrangeiras a tutelar a privacidade (COSTA, 1997, p. 10, *apud* MALUF; MALUF, 2017).

Além dessas cartas, a recente Reforma Trabalhista - Lei 13.467 de 13 de julho de

2017, reconhece em seu art. 223-C que “a honra, a imagem, a intimidade, a liberdade de ação, a autoestima, a sexualidade, a saúde, o lazer e a integridade física são os bens juridicamente tutelados inerentes à pessoa física”. Inova, ainda, em seu art. 223-D quando reconhece à pessoa jurídica os direitos da personalidade afetos à imagem, à marca, ao nome, ao segredo empresarial e ao sigilo da correspondência. (BRASIL, 2017)⁶

2.1.1 Natureza

Assim como incidem divergências doutrinárias quanto à conceituação dos direitos da personalidade, tal dissenso também orbita na classificação desses direitos.

Quanto ao caráter conferido aos direitos da personalidade, por serem estes correspondentes aos direitos fundamentais, as mesmas decorrências se impõe no âmbito do direito privado.

Pablo Stolze e Pamplona Filho aduzem, de forma abrangente, que os direitos da personalidade se revelam como qualidades que se agregam ao homem, atribuindo-lhes caráter absolutos, gerais, extrapatrimoniais, indisponíveis, impenhoráveis, imprescritíveis e vitalícios (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2017, p. 206).

Os direitos da personalidade possuem caráter absoluto, com eficácia *erga omnes* (contra todos), visto que irradiam seus efeitos para todos os outros campos e impõem à coletividade o dever de respeitá-los, principalmente se confrontados com os direitos pessoais puros, caso dos direitos obrigacionais e contratuais. (TARTUCE. 2017, p. 162)

Confere-se também a generalidade, por considerar que os direitos da personalidade são outorgados a todas as pessoas pelo simples pelo fato de existirem (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2017, p. 207). Nessa acepção, os direitos elencados no Código Civil não são os únicos admitidos, posto que sua enumeração não é exaustiva, sendo possível colher da cláusula geral de proteção da dignidade humana diversos direitos da personalidade, não expressamente contemplados pelo legislador infraconstitucional (TARTUCE. 2017, p. 159).

Outrossim, caracterizam-se pela extrapatrimonialidade, pois seus bens jurídicos tutelados se encontram fora do comércio, insuscetíveis de avaliação pecuniária (indisponíveis) e vedada qualquer forma de cumprimento ou execução coativa (impenhoráveis). (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2017, p. 208; GOMES, 2016, p. 110).

⁶ Art. 223-C. A honra, a imagem, a intimidade, a liberdade de ação, a autoestima, a sexualidade, a saúde, o lazer e a integridade física são os bens juridicamente tutelados inerentes à pessoa física.
Art. 223-D. A imagem, a marca, o nome, o segredo empresarial e o sigilo da correspondência são bens juridicamente tutelados inerentes à pessoa jurídica.

Quanto à indisponibilidade dos direitos da personalidade, os doutrinadores Pablo Stolze e Pamplona Filho preferem a utilização do termo genérico para se referir ao conteúdo da intransmissibilidade e a irrenunciabilidade, porquanto o indivíduo, nem por vontade própria, pode mudar a titularidade desses direitos, o que faz com que os direitos da personalidade sejam alçados a um patamar diferenciado dentro dos direitos privados. (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2017, p. 210)

Por sua vez, a intransmissibilidade desses direitos é prevista pelo próprio art. 11 do Código Civil, ao que proíbe a cessão desses direitos de maneira gratuita ou onerosa. Em decorrência, ainda, verifica-se a inalienabilidade e intransacionabilidade dos mesmos. (TARTUCE. 2017, p. 168)

Contudo, o sistema jurídico passou a aceitar a cessão onerosa não permanente de alguns direitos patrimoniais, a exemplo da cessão de imagem ou de direitos do autor, este último acautelado no art. 28 da Lei n. 9.610/1998, ao que prevê que “cabe ao autor o direito exclusivo de utilizar, fruir e dispor da obra literária, artística ou científica”. A mesma exceção se apresenta na cessão gratuita de partes do corpo para fins científicos ou altruísticos, conforme regulamentado pelo art. 14 do Código Civil. (TARTUCE. 2017, p. 168)

Ademais, o art. 11 do Código Civil confere a irrenunciabilidade dos direitos da personalidade, uma vez que indisponíveis e insuscetíveis de despojamento por seu titular. (TARTUCE. 2017, p. 170)

A impenhorabilidade dos direitos da personalidade seguem a lógica da indisponibilidade dos mesmos, não se sujeitando à discricionariedade judicial para fins de arrematação, adjudicação pelo credor ou desapropriação pelo Estado (TARTUCE. 2017, p. 175). Entretanto, a impenhorabilidade também carece de maiores anotações. Tendo em vista que alguns direitos se manifestam patrimonialmente, como os direitos autorais e o direito de uso de imagem, o sistema jurídico autoriza a penhora do crédito advindo desses direitos, mas nunca, em hipótese alguma, a penhora do direito da personalidade em si. (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2017, p. 210)

Além disso, tais direitos também são imprescritíveis por envolverem a ordem pública, cabendo sua defesa e exercício a qualquer tempo. Logo, não se extinguem pelo desuso e, da mesma forma, não se pondera a sua aquisição pelo decurso do tempo, a considerar que são inatos, ou seja, nascem com o próprio homem (AMARAL, 2003, p. 252).

Todavia, a pretensão de reparação por eventual violação a um direito da personalidade, e não o próprio direito, encontra prazo prescricional. Nessa perspectiva, ocorrendo uma violação em ato único, a pretensão correspondente se extinguirá pela

prescrição genérica no prazo de 3 anos, conforme previsão do artigo. 206, § 3º, V, do Código Civil, com exceção à eventuais prazos específicos. (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2017, p. 210)

Finalmente, há de se observar que os direitos da personalidade são inerentes à pessoa, sendo considerados inatos e permanentes, de forma que se manifestam, em regra, a partir do nascimento até a morte. Isto posto, o ordenamento confere à esses direitos a vitaliciedade por acompanharem o indivíduo por toda sua vida. (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2017, p. 212)

No entanto, há casos que o direito da personalidade estendem sua proteção para depois da morte, como o direito à honra da pessoa falecida, consistindo qualquer lesão nesse campo como atentado à sua memória, ao que pode exigir-se judicialmente sua cessação, tendo legitimidade para assim requerer a medida “o cônjuge sobrevivente, ou qualquer parente em linha reta, ou colateral até o quarto grau”, conforme art. 12 do Código Civil” (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2017, p. 211).

2.1.2 Classificação

O conteúdo dos direitos da personalidade é agrupado em categorias de acordo com a especificação dos direitos tutelados. Embora a doutrina igualmente oscile nesse ponto, percebe-se a convergência de alguns conceitos, demonstrando que a construção dessa classificação conflui em alguns pontos (BITTAR, 2014, p. 47).

Nesse sentido, Carlos Alberto Bittar defende que os direitos da personalidade podem ser distribuídos em: a) direitos físicos; b) direitos psíquicos; c) direitos morais (BITTAR, 2014, p. 49).

Os direitos físicos se referem a componentes materiais da estrutura humana, ou seja, à integridade corporal, correspondendo ao corpo como um todo, bem como a órgãos, membros e à imagem (BITTAR, 2014, p. 49). Assim, o direito à integridade física se desenvolve “no direito à vida, no direito aos alimentos, no direito sobre o próprio corpo vivo, no direito sobre o próprio corpo morto, no direito sobre o corpo alheio vivo, no direito sobre o corpo alheio morto, no direito sobre as partes separadas do corpo vivo e no direito sobre as partes separadas do corpo morto” (MALUF; MALUF, 2017, p. 181).

Por seu turno, os direitos psíquicos são intrínsecos à personalidade e se relacionam com a integridade psíquica, compreendendo “o direito à liberdade de pensamento, o direito pessoal de autor científico, o direito pessoal de autor artístico, o direito pessoal de inventor”

(MALUF; MALUF, 2017, p. 181).

Por último, os direitos morais respeitam os atributos valorativos (ou virtudes) da pessoa na sociedade como patrimônio moral do indivíduo, compreendido como a identidade, a honra e as manifestações do intelecto. Por conseguinte, são atinentes o “direito à liberdade – civil, política e religiosa, o direito à honra, o direito à honorificência, o direito ao recato, o direito ao segredo – pessoal, doméstico e profissional, o direito à imagem, e o direito à identidade – pessoal, familiar e social” (MALUF; MALUF, 2017, p. 182).

Extrai-se dessa classificação que os bens da personalidade são demasiadamente abrangentes no que toca à concepção do ser humano e à sua inclusão no universo familiar e social, visto que esses direitos se referem tanto à pessoa em si (como ente individual, com seu patrimônio físico e intelectual), quanto à sua posição perante os demais (patrimônio moral), espelhando o modo de ser da pessoa e suas projeções na coletividade (como ente social) (BITTAR, 2014, p. 49).

2.2 DIREITO DE DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO

O tratamento conferido ao corpo humano sofreu, por muitos séculos, influência do pensamento religioso, sendo considerado uma dádiva divina e carecendo que uma proteção superior aos próprios desígnios individuais. Porém, o pensamento moderno recolocou gradativamente a integridade corporal no âmbito da autonomia do sujeito, passando-se a enfatizar “o direito ao próprio corpo”, onde o corpo deve atender primariamente à realização da própria pessoa. (SCHREIBER, 2014, p. 32)

Outro marco foi o século XX, marcado pelas atrocidades cometidas por regimes autoritários, como tortura e experimentações científicas, ao que a comunidade internacional respondeu com os mais variados meios de assegurar a proteção física e psíquica do ser humano contra essas intervenções do Poder Público e de particulares. (SCHREIBER, 2014, p. 32)

Nesse seguimento, a Constituição Federal brasileira de 1988 reconheceu o direito à integridade psicofísica dos cidadãos em uma série de dispositivos, ora como regra precípua, ora como plano de fundo para as demais. A respeito disso, Anderson Schreiber tece dura crítica quanto à falta de efetividade dessas normas, citando como exemplo o art. 5º, inciso XLIX, que confere “aos presos o respeito à integridade física e moral”, posto que a realidade nacional passa ao largo disso (SCHREIBER, 2014, p. 33).

O direito de disposição sobre o próprio corpo, circunscrito ao direito da

personalidade como direito à integridade física, também foi positivado no Código Civil em seus artigos 13 e 14. O art. 13 do Código Civil dispõe que “salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”. Acrescenta o parágrafo único que “o ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial” (BRASIL, 2002). Após, leciona o art. 14 que “é válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte”. Aduz o parágrafo único que “o ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo” (BRASIL, 2002).

No âmbito jurídico, existem duas correntes opostas quanto à acepção do termo *corpo*: a primeira lhe confere “um direito de propriedade, personalíssimo, absoluto, inalienável e não pecuniário, onde a pessoa detentora desse corpo pode dispor dele como melhor lhe aprouver, vedada a venda”; e a segunda posição “concebe a pessoa humana como uma entidade essencialmente biológica, sociológica ou econômica, criada em função de utilidades superiores, em proveito coletivo” (MALUF; MALUF, 2017, p. 188).

Na segunda acepção, cita-se Carlos Alberto Bittar, que define o indivíduo como resultado da união entre o elemento espiritual (alma) e o elemento material (corpo), cabendo ao último a função natural de permitir-lhe a vida terrena. Logo, o autor defende que o corpo deve ser compreendido em sua integridade para ser conservado e protegido na órbita jurídica. (BITTAR, 2014, p. 139)

Nada obstante o respeito à vontade própria de cada sujeito, a ordem jurídica reduziu profundamente a liberdade para cada um decidir o que realizar com o próprio corpo, ante proibições genéricas e com poucas exceções, visando justamente garantir o direito sobre o corpo. Nesse sentido, há de se notar a proibição constitucional de disposição comercial de órgãos, tecidos ou substâncias humanas, com o intuito de assegurar que as pessoas usufruam de seus corpos, restando ressalvados alguns tipos de disposição gratuita de órgãos ou tecidos permitidos em lei (MALUF; MALUF, 2017, p. 189).

Ainda, os direitos da personalidade abarcam o direito ao próprio corpo vivo ou morto. Nesse aspecto, o corpo vivo abrange “o direito às células germinativas; à reprodução assistida (incluindo a cessão temporária de útero); ao exame médico; à transfusão de sangue; ao transplante; à experiência científica; ao acesso às modernas técnicas biotecnológicas; à identidade de gênero (cirurgia redesignatória); ao débito conjugal; à liberdade física” (MALUF; MALUF, 2017, p. 191).

Por outro lado, o direito ao corpo morto dispõe “o direito ao sepulcro; à cremação; à

utilização científica; ao transplante; ao culto religioso. Assim, fala-se em direito ao próprio corpo e direito ao corpo alheio” (MALUF; MALUF, 2017, p. 191).

Para mais, ante a dimensão do direito ao próprio corpo, este acaba sendo entendido como um direito físico da personalidade que compreende “o direito à integridade física, ligado à proteção da incolumidade e da higidez corporal; o direito ao uso do corpo e de suas partes destacáveis ou regeneráveis; o direito à imagem, o direito ao uso da voz, o direito ao cadáver e às suas partes separadas. Condenam-se desta forma todos os atos atentatórios a sua preservação” (MALUF; MALUF, 2017, p. 191).

Por sua vez, o direito à integridade física é entendido como direito que protege a incolumidade psicobiofísica do ser humano, visando manter a higidez física e a lucidez mental do indivíduo, de modo a afastar qualquer lesão a estes bens e sendo oponível a todos. Com isso, perceptível que o direito à integridade física possui afinidade para com o direito à vida, não devendo ser reduzido à uma questão meramente anatômica, mas interpretado de modo ampliativo como o direito à saúde e à incolumidade física. (MALUF; MALUF, 2017, p. 189)

Dessarte, o direito de disposição do próprio corpo se apresenta entre a dicotomia de obediência à vontade do titular e a preservação da unidade, impondo como limites naturais o direito à vida e à integridade física. Por esse motivo, o sistema jurídico impede qualquer disposição que resulte em inviabilização de vida ou de saúde, que importe em deformação permanente ou que atente contra os princípios morais, restando ao exercício da própria vontade apenas a disposição de partes anatômicas ou de órgãos do corpo em prol da higidez física ou mental ou para fins altruísticos - transplantes. (BITTAR, 2014, p. 140)

2.3 TRANSPLANTE

O termo transplante tem origem no verbo transplantar, cujo conceito revela-se amplo, sendo empregado na língua portuguesa também como “arrancar (planta, árvore) de um lugar e plantar em outro”, a “mudar (-se), transferir-se” (FERREIRA, 1975, p. 1399). Contudo, é no sentido de “substituir [órgão do corpo humano] por outro retirado de ser vivo ou de um cadáver” que o termo é comumente empregado. Transportando a acepção para o âmbito jurídico, Ricardo Antequera Parilli conceitua como “a retirada de um órgão ou material anatómico proveniente de um corpo, vivo ou morto, e sua utilização com fins terapêuticos em um ser humano” (PARILLI, 2010, p. 22). Segundo Daisy Gogliano, sua definição se dá por:

(...) transplante é o ato ou o efeito de transplantar, ou seja, mudar de um

lugar para outro, uma porção de tecido corporal ou órgão, para enxertar em outra parte do mesmo indivíduo ou em outrem. Desta forma, representa a amputação ou ablação de órgão, com função própria de um organismo para ser instalado em outro e exercer as mesmas funções. (GOGLIANO, p. 127)

Assim, o transplante consiste em procedimento terapêutico que deve ser empregado como correspondente ao direito à saúde, pois, na prática, é utilizado como meio de preservação da vida quando todos os outros recursos se exauriram. Por outro lado, o próprio ato de ceder parte do corpo gratuitamente é uma das maiores manifestações de caridade e solidariedade humana (MALUF; MALUF, 2017, p. 202).

De igual maneira, a prática da ciência médica deve respeitar os direitos inatos à pessoa humana em um contexto bioético, com condutas que visem como fim precípua a manutenção da saúde e o respeito ao próximo - física e psiquicamente, inclusive em face do corpo morto (MALUF; MALUF, 2017, p. 202).

O primeiro texto conhecido invocando direitos da personalidade referente ao tema data do ano de 1625, na Prússia, tratando-se de uma carta de Casimiro de Osten, sendo verdadeiramente inovadora para o seu tempo, porquanto o autor recorreu à Santíssima Trindade quanto ao direito divino de mudar de sexo, de doar partes do corpo, o direito à alma psíquicas do ser humano, o direito à boa honra e o direito à boa reputação (MALUF; MALUF, 2017, p. 196).

Entretanto, o histórico do procedimento de transplantes é mais inveterado do que muitos imaginam, encontrando-se dados desde a Antiguidade sobre sua ocorrência. Existem registros de que os hindus, por volta do ano 750/800 a.C., procederam uma reconstrução facial transplantando um enxerto de pele retirado da testa. Aponta-se também que em 300 anos a.C., o médico Pien Chiao teria realizado a troca de órgãos entre dois irmãos na China. No ocidente, estudos arqueológicos realizados no Egito, na Grécia e na América pré-colombiana assinalaram a ocorrência de transplante de dentes. Já na era medieval, as referências apontam para os conhecidos santos médicos Cosme e Damiao, aos quais se atribui a realização de um transplante de perna (MALUF; MALUF, 2017, p. 202).

No Brasil, o primeiro registro do procedimento de transplante de órgãos data de 1964, quando, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, um rapaz de 18 anos, portador de pielonefrite crônica, recebeu um rim *post mortem* de uma criança de nove meses, portadora de hidrocefalia. Já o primeiro transplante *intervivos* ocorreu em 1965 em São Paulo, com a doação de rim entre irmãos. (SILVA, 2010, p. 15)

No entanto, o procedimento só obteve um maior desenvolvimento a partir do reconhecimento dos princípios basilares da moderna cirurgia, com a implementação de

refinamento instrumental, assepsia, antibioticoterapia e aplicação de testes imunológicos de combate à rejeição, incorrendo na descoberta dos grupos de tecidos com compatibilidade necessária, da imunologia, do conhecimento dos mecanismos de rejeição e aperfeiçoamento de drogas imunossupressoras. (MALUF; MALUF, 2017, p. 202)

De outro prisma, a promessa de uma terapia infalível não encontra guarida no procedimento de transplantes, posto que o tratamento se apresenta apenas como uma das possibilidades de combate às inúmeras falhas progressivas e terminais do corpo humano. Porém, àqueles que permanecem sob a deficiência do próprio corpo, ante os demais tratamentos, só resta uma opção.

2.3.1 Legislação

A primeira legislação a respeito no Brasil foi a Lei n. 4.280, de 1963, que regulamentou a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida, autorizando a disposição de partes do cadáver para fins de transplante, desde que o finado deixasse autorização escrita ou não houvesse oposição por parte do cônjuge ou de parentes até o segundo grau, ou até mesmo de corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos. Ainda, o art. 8º permitia apenas uma extirpação em cada cadáver, por entender crucial evitar demais mutilações ou dissecações não absolutamente necessárias. Outro ponto que se observa é a ausência de um sistema de transplantes nacional com um cadastro de receptores nos moldes atuais, posto que a lei previu que a doação *post mortem* só poderia ser realizada para pessoa determinada ou a instituição idônea. (BRASIL, 1963). Sobre tal legislação, cita-se o advogado Elias Farah que afirma:

A primeira lei brasileira sobre transplante surgiu, em consequência, em 1963. Décadas de debates se passaram em lucubrações filosóficas, religiosas e políticas. O tema é demais complexo. O legislador não ousou enfrentá-lo com realismo e profundidade, por natural despreparo intelectual sobre o tema.

Tal preocupação, por outro lado não é eleitoralmente rendoso. Aliviar o sofrimento de doentes nunca foi preocupação de relevância. A saúde pública e a educação, embora de extrema significação social, nunca foi prioridade do Poder Público. A solução do problema esbarra em implicações ético-jurídicas e arraigados sentimentos religiosos. O tema transplante de órgãos continua ainda carente de maior dedicação do legislador ante o desenvolvimento da ciência médica, da técnica dos equipamentos e dos objetivos de minorar o tormento humano das doenças incuráveis (FARAH, 2011, p. 3)

A matéria foi novamente alvo do legislador em 1968, com a promulgação da Lei n.

5.470, que revogou o dispositivo anterior e passou a permitir também a disposição de tecidos e órgãos do corpo vivo por pessoa absolutamente capaz quando se tratasse de órgãos duplos, tecidos, vísceras ou partes e desde que não implicasse em prejuízo ou mutilação grave para o disponente. De igual forma, trouxe inovação no sentido de descartar o reconhecimento de qualquer autorização de doação tácita *post mortem*, passando ser necessária a manifestação expressa da vontade do disponente ou autorização escrita do cônjuge e, sucessivamente, de descendentes, ascendentes e colaterais, ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos. Por outro lado, pela primeira vez a lei determinou que o procedimento só seria realizado quando inexistisse qualquer outra possibilidade de melhora do paciente através de tratamento médico diverso ou outra ação cirúrgica. Outrossim, como a doação sempre deveria ser feita de forma direcionada, foi permitido que, não se verificando a compatibilidade do órgão para com o doador, a destinação poderia ser transferida para outro receptor em que se verificasse aquela condição. Outra novidade foi a regulamentação no âmbito penal para o desrespeito às disposições da lei, estipulando pena de detenção de um a três anos, sem prejuízo de demais sanções atinentes ao caso. Contudo, o diploma legal nunca foi regulamentado, o que causou obstáculos para sua efetiva aplicação (MALUF; MALUF, 2017, p. 203).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a matéria passou a ser tratada na carta magna, a qual instituiu o princípio da gratuidade e solidariedade no ato de disposição do próprio corpo, bem como vedou qualquer tipo de comercialização de órgãos. A constituição também determinou, em seu art. 199, § 4º, que lei especial regulamentaria sobre condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos ou substâncias humanas, em referência à posterior Lei n. 9.434/97. (MALUF; MALUF, 2017, p. 203)

Nos anos seguintes, o Congresso Nacional aprovou a Lei n. 8.489 em 11 de novembro de 1992, dispondo acerca da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins terapêuticos e científicos. A lei retomou o conceito de que, na disposição *post mortem*, verificada a ausência de manifestação em documento pessoal ou oficial por parte da pessoa falecida quanto ao seu desejo de doar partes do corpo, a retirada do órgão poderia ser procedida se não houvesse manifestação em contrário do cônjuge, ascendente ou descendente, tornando desnecessária autorização escrita por parte destes. Ainda, a lei restringiu a cessão de partes do corpo para avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau, inclusive cunhados, e entre cônjuges, excetuando esses somente na ocorrência de autorização judicial. O referido diploma, entretanto, não logrou o êxito desejado (MALUF; MALUF, 2017, p. 203).

Nesse passo, as legislações não eram concisas e a desordem causada fez com que o legislador mais uma vez se pronunciasse quanto à disposição do próprio corpo na promulgação da Lei n. 9.434 em 04 de fevereiro de 1997. O regramento determinou, em seu art. 9º e parágrafos, a permissão “à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes, desde que o ato não represente risco para a sua integridade física e mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável” (GONÇALVES, 2017, p. 74). De outro verso, a doação com efeitos após a morte foi disciplinada nos arts. 3º ao 9º.

Por último, o Código Civil de 2002 previu que o ato de disposição do próprio corpo para fins de transplante seria regulamentado na forma de lei específica, fazendo novamente alusão à Lei n. 9.434/97. Nesse sentido, dispõe o art. 13 do Código Civil: “salvo por exigência médica é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes. Parágrafo único. O ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial” (BRASIL, 2002).

O sistema jurídico hodierno entende que o direito às partes separadas do corpo vivo ou morto compõe os direitos da personalidade humana, atribuindo-lhes igualmente o caráter *extra commercium*. Nesta senda, as partes do corpo são propriedade do seu titular, que poderá delas dispor para salvar a vida ou preservar a saúde do interessado, de terceiro ou para fins científicos, altruísticos e terapêuticos, desde que não venha a incorrer em dano irreparável ou permanente à sua integridade física. (MALUF; MALUF, 2017, p. 207-208).

Para além dos limites supracitados, há também a vedação genérica, prevista no art. 13º, do Código Civil, que proíbe o ato de disposição do próprio corpo quando este contrariar os bons costumes. Com o mesmo proceder, o conceito encontra respaldo no § 3º do art. 9º da Lei n. 9.434/97, ao que impede qualquer doação que “causar mutilação ou deformação inaceitável”. Sobre tal vedação, Anderson Schreiber entende que é temerária sua incidência no âmbito de disposição do próprio corpo, uma vez que tal leitura passa incólume em outros setores do Código Civil (SCHEREIBER, 2014, p. 35). O autor complementa, de modo taxativo, que:

Nesse sentido, o direito ao próprio corpo não deve ser protegido como uma exigência social de ordem e segurança, mas como um instrumento de realização da pessoa. Sua proteção não é superior à proteção de outras manifestações da personalidade, que podem justificar, no caso concreto, a diminuição permanente da integridade física, como a liberdade de crença, a liberdade de expressão ou a solidariedade social, a exemplo do que ocorre no campo do transplante de órgãos. (SCHEREIBER, 2014, p. 46)

Ademais, o ato de disposição de órgão e tecido durante a vida ou com efeitos *post mortem* é revogável pelo próprio doador ou por seu representante legal a qualquer tempo precedente à extirpação dos órgãos. Nessa acepção, o sistema jurídico veda qualquer execução coercitiva por considerar inconcebível obrigar outrem à renunciar a sua integridade física (MALUF; MALUF, 2017, p. 209).

Por fim, note-se que, diante do papel central desempenhado pelo médico no procedimento, visando promover uma maior segurança ao sistema, o Código de Ética Médica também prevê um capítulo atinente à doação e transplante de órgãos e tecidos com vedações ao profissional:

É vedado ao médico:

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 40)

Não se pode deixar de mencionar a necessidade de tutela da matéria no âmbito internacional. A exemplo do que ainda ocorre em muitos países, o Brasil configurou na lista de exportadores de doadores pagos por muito tempo, até que, em 2003, a Polícia Federal brasileira e a Polícia sul-africana atuaram juntas visando dizimar quadrilha que atuava como “agenciadores de doação” nas favelas do Recife⁷.

Por tais razões, as Sociedades Internacionais de Nefrologia (ISN) e de Transplantes (TTS) promoveram, em 2008, um encontro entre profissionais da saúde ligados aos transplantes, eticistas, cientistas sociais, filósofos e advogados. O resultado do evento foi o manifesto denominado de Declaração de Istambul, endossado por dezenas de países e entidades de classes, ao qual o Brasil se tornou signatário a partir de 2012, por intermédio da Portaria n° 201. O documento fruto desse encontro prioriza o respeito à dignidade da pessoa humana na seara dos transplantes, ao que prevê em seus princípios:

⁷ “Os receptores dos órgãos eram pacientes de Israel. Ao todo, 47 pessoas foram levadas para o Hospital Sant Agostini, em Durban, para serem submetidas à cirurgia de retirada de um rim. Elas assinavam uma declaração afirmando que os receptores eram seus parentes e recebiam entre R\$ 5 mil e R\$ 30 mil. Cada cirurgia custava cerca de US\$ 150 mil ao sistema de saúde sul-africano e a estimativa é de que US\$ 4 milhões tenham sido desviados pela quadrilha nessas intervenções cirúrgicas.” (G1, 2013).

6. O tráfico de órgãos e o turismo de transplante violam os princípios da equidade, da justiça e do respeito pela dignidade humana, pelo que devem ser proibidos. Uma vez que a comercialização dos transplantes tem como alvo doadores empobrecidos ou vulneráveis por qualquer outro motivo, conduz inexoravelmente à iniquidade e à injustiça, devendo ser proibida. (ISTAMBUL, 2008)

Outra resposta da comunidade internacional foi concebida pela *Sociedad de Transplant de América Latina y el Caribe* - STALYC que promoveu, em setembro de 2010, o 1º Fórum de Bioética em Transplantes, com o objetivo de influenciar a realização de transplantes em um ambiente de justiça e equidade, buscando estabelecer um posicionamento quanto aos problemas existentes na região, por entender que os países latino-americanos não mais poderiam permanecer alheios aos dilemas enfrentados (ABTO, 2010).

2.3.2 Lei n. 9.434/1997

A lei especial que atualmente disciplina os transplantes no Brasil é a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre “a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências”, com as alterações determinadas pela Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001 (BRASIL, 1997).

Com a adoção da referida lei, os pacientes capacitados para receberem órgão, cujos tratamentos médicos provenientes de fármacos e outros procedimentos restaram insuficientes, passaram a configurar em lista com fila única de espera. Outrossim, a legislação ainda apresenta duas possibilidades ao enfermo: vir a falecer, podendo tornar-se um doador, ou conseguir um doador vivo aparentado ou não aparentado compatível, este último com autorização judicial, para órgãos duplos ou regenerativos, como prevê o art. 9º, *caput* da Lei 9.434/97.

Já no primeiro artigo, a Lei n. 9.434/97 determina que a cessão de órgãos, em vida ou *post mortem*, deve ser feita de forma gratuita, de maneira que é comum a referência à disposição de órgãos, tecidos ou partes do corpo como doação. (MALUF; MALUF, 2017, p. 204). No que tange às possibilidades de doação, o referido artigo não compreende como tecidos o sangue, o espermatozoide e o óvulo. Em conclusão, para os efeitos dessa lei:

(...) poderá haver transplante de pele (Portaria n. 2.600/2009, anexo XIV), osso, medula óssea, córneas, rins, fígado, coração, pâncreas, pulmão ilhotas de Langerhans, dura-máter (envoltório do cérebro) etc., e até mesmo de células nervosas, induzidas, por meio de processo químico, a se converterem em neurônios. Estes serão transplantados no cérebro do receptor para tratamento de dano cerebral ou mal de Parkinson. E não se pode descartar, ainda, a possibilidade do emprego de dispositivos mecânicos, como “coração

artificial” ou equipamentos miniaturizados de hemodiálise, que, indubitavelmente, serão aperfeiçoados no século XXI, para resolver em partes as questões ético-jurídicas que envolvem a doação de órgãos e tecidos humanos para fins de transplantação ou terapia. (DINIZ, 2017, p. 449)

O art. 2º da Lei n. 9.434/97 estabelece que a realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano somente poderá ser procedida após o doador se submeter a todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação. Ressalva, porém, que a realização de transplantes ou enxertos “só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1997).

Na parte de disposição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante com efeito *post mortem*, a lei tornou imperativo o diagnóstico de morte encefálica, conforme parâmetros estipulados pela Resolução n. 2.173/17 do Conselho Federal de Medicina⁸, que determina a participação de dois médicos especificamente qualificados e não integrantes da equipe de transplantes, com o intuito de estes não influenciarem nas condições do possível doador de órgãos. Após procedida a verificação da morte encefálica do paciente, a família é questionada acerca da vontade da doação dos órgãos, não restando, a princípio, a vinculação do ato ao expressamente declarado em vida pelo possível doador.

O artigo 4º, por sua vez, foi historicamente alvo de críticas devido às suas disposições a presunção de que todo cidadão seria doador de órgãos e tecidos. Nesse sentido, a doação seria uma compulsoriedade quando do falecimento, à exceção de manifesta vontade escrita, anterior à morte, constada em carteira de identidade do falecido. Logo, esta e muitas outras questões foram suscitadas, ao passo que eram compreendidas como afrontas ao pensamento jurídico. Tal questionamento se mostra pertinente à Maria Helena Diniz, *ex vi*:

A questão de sua inconstitucionalidade pela estatização do corpo humano, devido ao fato de o Estado ficar com a disponibilidade de algo que não é seu,

⁸ “Pré-requisitos: a) Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a ME; b) Ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de ME; c) Tratamento e observação em ambiente hospitalar pelo período mínimo de seis horas. Quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas; d) Temperatura corporal (esofágica, vesical ou retal) superior a 35 °C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg para adultos, ou conforme a tabela a seguir para menores de 16 anos: (...). 2) Dois exames clínicos – para confirmar a presença do coma e a ausência de função do tronco encefálico em todos os seus níveis, com intervalo mínimo de acordo com a Resolução. 3) Teste de apneia – para confirmar a ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios em presença de PaCO₂ superior a 55 mmHg. 4) Exames complementares – para confirmar a ausência de atividade encefálica, caracterizada pela falta de perfusão sanguínea encefálica, de atividade metabólica encefálica ou de atividade elétrica encefálica.” (Conselho Federal de Medicina, 2017).

pois, ao tornar, outrora, todo brasileiro que tivesse capacidade jurídica doador presumido de órgãos e tecidos humanos, violou direito de personalidade (art. 5º da CF), por desrespeitar o direito individual da pessoa à sua integridade física e dignidade, consagrado constitucionalmente (art. 1º, III, da CF), e o princípio filosófico do controle do homem sobre seu próprio corpo vivo ou morto. Deveras, como a doação é um ato pessoal, ninguém, em regra, pode doar algo em lugar de outrem, gesto que deve ser fruto da consciência e da solidariedade humana. Isso representaria, indubitavelmente, uma intromissão inconveniente do Estado na vida privada (art. 5º, X, da CF) e na liberdade individual. Parece-nos que o governo não poderia ter obrigado os cidadãos a ser ou não ser doadores de órgãos e tecidos. Essa forma de doação não teria sido também uma profanação do corpo humano, que, vivo ou morto, deve, na verdade, ter o destino querido pelo seu proprietário? (DINIZ, 2002, p. 360)

Tal confusão só foi remediada com a promulgação da Lei n. 10.211, em 23 de março de 2001, que suprimiu a exigência de indicação expressa nos documentos de identificação do termo doador ou não doador. Com isso, a redação do art. 4º da Lei n. 9.434/97 passou a ser “a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.” (BRASIL, 2001).

Muito embora o artigo tenha sido corrigido em 2001, o Decreto n. 2.268/90, que também disciplinava a matéria, fez ecos da doação presumida, uma vez que constava em seu art. 14, que “a retirada de tecidos, órgãos e partes, após a morte, poderá ser efetuada, independentemente de consentimento expresso da família, se, em vida, o falecido a isso não tiver manifestado sua objeção”. A referida legislação se encontrava vigente até outubro de 2017, quando houve o advento do Decreto n. 9.175, que revogou o Decreto n. 2.268/90 e aboliu terminantemente o malefício da doação presumida.

Dessarte, restou definido que a doação de órgãos *post mortem* só seria procedida após a constatação de morte encefálica e com a manifestação de autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (MALUF; MALUF, 2017, p. 205).

Em referência ao atual parâmetro da lei, Anderson Schreiber aponta o insistente retrocesso:

Exigir autorização de cônjuge ou parente, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte, é impor burocracia que dificulta ao extremo a via já tormentosa do *transplante post mortem*. Pior: como restou vetado o parágrafo único que dispensava a autorização dos

familiares para a retirada de órgãos diante de registro feito em vida pelo próprio falecido, a nova redação criada pela Lei 10.211 tem sido interpretada no sentido de que o aval da família se faz necessário mesmo nos casos em que o morto tenha deixado expressa autorização para o transplante.

Tal interpretação subordina a autonomia corporal do indivíduo à vontade de terceiros, atribuindo a cônjuges e parentes um inusitado “direito sobre o corpo alheio”, capaz de prevalecer mesmo contra a vontade do falecido. Trata-se de grave atentado contra o valor constitucional da dignidade humana, que pressupõe a plena autodeterminação individual em tudo aquilo que não gere risco para si ou para a coletividade. Subordinar a vontade do doador em matéria corporal à autorização do Estado-juiz (no caso de doação em vida) ou ao consentimento de cônjuge ou parentes (no caso da disposição *post mortem*) é desconsiderar a vontade individual naquilo que possui de mais próprio e íntimo: a sua autonomia corporal. (SCHREIBER, 2014, p. 47)

Como resposta à questão posta, o mundo jurídico vem tentando promover a correção da nítida inconstitucionalidade, como se observa no Enunciado n. 277 da IV Jornada de Direito Civil, o qual determina que “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”.

A doação *intervivos* restou autorizada pelo art. 9º da Lei 9.434/97, que permite a qualquer pessoa capaz realizar a disposição de órgãos duplos ou partes regeneráveis do corpo, sob a condição de que não coloque em risco a integridade física ou as funções vitais do indivíduo, e sempre em vista um fim terapêutico ou humanitário. Todavia, a doação destes somente se procederá em favor de cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, ou em qualquer outra pessoa, esta última mediante autorização judicial, restando dispensada esta em relação à medula óssea. A doação deverá ser autorizada, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, constando a especificação de qual tecido, órgão ou parte do corpo será alvo de doação, podendo ainda a autorização ser revogada pelo próprio doador ou responsáveis legais a qualquer tempo antes da concretização da intervenção. (BRASIL 1997)

Ainda, a lei autoriza às mulheres gestantes a doação de medula óssea se o ato não oferecer risco à sua saúde ou do feto. Tal limitação também ocorre aos indivíduos juridicamente incapazes, mas com compatibilidade imunológica comprovada, ao que somente poderão realizar doação de medula óssea com consentimento de seus pais ou representante legal com autorização judicial (BRASIL, 1997).

Quanto à necessidade de consideração sobre esse grupo limitado, assevera Daisy Gogliano que “em matéria específica de transplantes, a idoneidade imunológica entre doador e receptor, no que tange à histocompatibilidade, não pode ser desprezada no âmbito do

ordenamento jurídico, sob o critério de necessidade e da indispensabilidade terapêutica, bem como sua utilidade” (GOGLIANO, 1986, p. 6).

2.3.2 Sistema Nacional de Transplantes

O estabelecimento do Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997, criou e organizou o Sistema Nacional de Transplantes sob a égide da Lei n. 9.434/97. O tema também foi alvo da recente promulgação do Decreto n. 9.175, de 18 de outubro de 2017, que revogou parcialmente o dispositivo anterior.

O Sistema Nacional de Transplante atua em prol do desenvolvimento do processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas, supervisionando a “retirada dos órgãos para transplante, sendo a realização desta autorizada somente a profissionais credenciados e supervisionados pelo Ministério da Saúde” (MALUF; MALUF, 2017, p. 204). Também incumbe ao STN a “distribuição dos órgãos de acordo com a lista única nacional de receptor, que contém todo o descritivo das características e condições orgânicas de cada receptor, constituindo um cadastro técnico referente a cada tipo de órgão, parte ou tecido” (MALUF; MALUF, 2017, p. 204).

O Sistema Nacional de Transplantes restou subordinado ao Ministério da Saúde e composto por: I) Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; III) Secretarias de Saúde dos Municípios; IV) Centrais Estaduais de Transplantes - CET; V) Central Nacional de Transplantes - CNT; VI) estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; VII) estruturas especializadas no processamento para preservação *ex situ* de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; VIII) estabelecimentos de saúde transplantadores e as equipes especializadas; e IX) rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes.

No que concerne às Centrais Estaduais de Transplantes, referenciadas no Decreto 2.268/97 como Centrais de Notificação, Capitação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, são consideradas unidades executivas das atividades do SNT nos Estados e Distrito Federal, às quais incumbe coordenar as atividades de transplantes e promover o gerenciamento de inscrição de potenciais receptores, com as indicações necessárias para sua rápida localização e verificação de compatibilidade. Conforme dispõe o artigo 8º do Decreto n. 9.175/2017, compete a essas centrais as seguintes atribuições:

Art. 8º Compete às CET:

- I - organizar, coordenar e regular as atividades de doação e transplante em seu âmbito de atuação;
- II - gerenciar os cadastros técnicos dos candidatos a receptores de tecidos, células, órgãos e partes do corpo humano, inscritos pelas equipes médicas locais, para compor a lista única de espera nos casos em que se aplique;
- III - receber as notificações de morte que enseje a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes, ocorridas em seu âmbito de atuação;
- IV - gerenciar as informações referentes aos doadores e mantê-las atualizadas;
- V - determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano ao estabelecimento de saúde autorizado para o transplante ou o enxerto onde se encontrar o receptor, observadas as instruções ou as normas complementares expedidas na forma do art. 46;
- VI - notificar a CNT quanto a não utilização de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano pelos receptores inscritos em seus registros, para fins de disponibilização para o receptor subsequente, entre aqueles relacionados na lista única de espera;
- VII - encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em seu âmbito de atuação;
- VIII - controlar, avaliar e fiscalizar as atividades de que trata este Decreto em seu âmbito de atuação;
- IX - definir, em conjunto com o órgão central do SNT, parâmetros e indicadores de qualidade para avaliação dos serviços transplantadores, laboratórios de histocompatibilidade, bancos de tecidos e organismos integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano;
- X - elaborar o Plano Estadual de Doação e Transplantes, de que trata o Capítulo VII;
- XI - aplicar as penalidades administrativas nas hipóteses de infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997, observado o devido processo legal e assegurado ao infrator o direito de ampla defesa;
- XII - suspender cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, o estabelecimento e/ou a equipe especializada para apurar infração administrativa ou ato ilícito praticado no processo de doação, alocação ou transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano;
- XIII - comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no § 2º do art. 21 da Lei nº 9.434, de 1997, e, caso necessário, procederá ao cancelamento da autorização concedida;
- XIV - requerer ao órgão central do SNT a suspensão ou o cancelamento da autorização da equipe ou do profissional que desrespeitar a ordem da lista única de espera de receptores; e
- XV - acionar o Ministério Público e outras instituições públicas competentes para informar a prática de ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua competência. (BRASIL, 2017)

As Centrais Estaduais de Transplantes têm a responsabilidade de organizar a chamada lista única, onde o paciente com indicação de transplante deve estar regularmente inscrito para receber o órgão, respeitando a ordem de inscrição e a gravidade de cada caso, sendo que a ordem só poderá ser violada caso os testes de triagem apontem incompatibilidade

entre o doador e o receptor. Sobre a lista única, apesar do nome, cada Estado ou região possui a sua, a qual é monitorada não somente pelas CETs (art. 8º, inciso II), como também pelo Ministério de Saúde (art. 5º, inciso VIII) e pelo próprio Sistema Nacional de Transplante (art. 5º, I), de forma a garantir ainda maior o respeito à ordem imposta.

Sem embargo, o advogado Elías Farah bem observou, na promulgação do Decreto n. 2.268/97, que:

O critério da Lista Única foi alvo de crítica por extinguir a autonomia dos hospitais, que tinham listas próprias e inexistiam recursos públicos para captação e manutenção de órgãos vitais e diagnóstico de morte encefálica. Sabe-se que as exigências da Lista Única não têm sido observadas com rigor, embora a infringência da norma possa acarretar graves sanções (art. 13 da Lei 9.434/1997). (FARAH, 2011, p. 10)

O art. 49 do Decreto n. 9.175/2017 prevê que os serviços devem ser remunerados por valores previstos pelo Ministério da Saúde e acrescenta o art. 50 que “é vedada a cobrança à família do potencial doador e ao receptor e sua família de quaisquer dos procedimentos referentes à doação”.

Ainda, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009, aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, cabendo o destaque aos arts. 50, 86 e 94, que determinam que, nos casos de doação *intervivos* de rim, fígado ou pulmão, com doadores não aparentados, essas deverão ser previamente submetidas à aprovação “da Comissão de Ética do estabelecimento de saúde transplantador e da CNCDO [atual CTE], assim como comunicadas ao Ministério Público”. Esse processo visa justamente estabelecer um filtro para casos que potencialmente envolvam alguma vantagem ilícita acerca da doação, de modo que, se um destes órgãos rejeitar o pedido por conta de suspeitas de irregularidade, a doação restará comprometida.

Além disso, os referidos artigos preveem que, se o doador vivo “eventualmente venha a necessitar de transplante deste órgão, regularmente inscrito em lista de espera de doador falecido, será atribuída pontuação adicional no cômputo final para fins de alocação do órgão doado, de maneira a ser priorizado em relação aos demais candidatos”.

Isto posto, percebe-se que o sistema jurídico visa constituir um modelo eficaz mediante o respeito ao direito à vida e à saúde, apesar de algumas inconsistências no texto legislativo. Nesse passo, um exame aprofundado à dinâmica do direito ao próprio corpo possibilita uma interpretação construtiva em busca de soluções adequadas aos mais diversos conflitos que envolvem essa manifestação dos direitos da personalidade, contribuindo com

novos parâmetros e balizas que permitirão enfrentar os difíceis casos concretos que se multiplicam na realidade contemporânea. (SCHREIBER, 2014, p. 12).

3 DOAÇÃO PAREADA

Embora o transplante de órgãos e tecidos seja uma das mais notáveis conquistas científicas, constituindo-se de uma técnica de grande importância como meio de restaurar a saúde de inúmeras pessoas e até mesmo de salvar a vida de outras, o procedimento ainda apresenta muitos obstáculos a serem vencidos pelos problemas de natureza ético-jurídica que apresenta (DINIZ, 2017, p. 427).

Assim, não cabe ao mundo jurídico desconhecer ou diminuir sua relevância, sendo um dever repensar as questões ético-jurídicas levantadas pelo impacto que essa intervenção cirúrgica causou na realidade social. O resultado deve apontar para a revisão das disposições legais atinentes diante da necessidade de adequar estas à evolução do procedimento. Logo, “dever-se-á buscar uma solução jurídica que considere o homem como um ser dotado de valor, não se admitindo que seja utilizado como meio, e enalteça a solidariedade humana, procurando socorrer aqueles que mais precisam de ajuda” (DINIZ, 2017, p. 427).

Nesse sentido, o modelo atual de transplantes impõe o pensamento de que o paciente somente poderá receber o órgão via Sistema Nacional de Transplante ou cedido pelo cônjuge, por um parente consanguíneo de até 4º grau ou de um indivíduo não aparentado, este último mediante autorização judicial. Contudo, outra via de captação de órgãos surgiu e se desenvolveu em outros países, sem igual respaldo no Brasil, chamada de doação renal pareada.

3.1 TRANSPLANTE RENAL

O órgão do corpo mais suscetível a sofrer com anomalias congênitas é o rim, sendo que algumas não causam maiores transtornos, mas muitas causam deficiência da função renal (MCANINCH; LUE, 2014, p. 527). Os pacientes renais crônicos e alguns pacientes renais agudos possuem disfunções nos rins que acarretam uma má filtração dos líquidos corporais, o que ocasiona, por sua vez, a retenção destes e de substâncias tóxicas no organismo, bem como a excreção incorreta de outros componentes orgânicos, a exemplo do aumento do nível de glicose e albumina na urina (MCANINCH; LUE, 2014, p. 557, 559).

A enfermidade apresenta gravidade e rapidez no desenvolvimento de sintomas, conquanto a maioria dos casos exista prevenção⁹ (METRÓPOLES, 2017). A Sociedade

⁹ “Segundo Carmen Tzanno, presidente da Sociedade [Brasileira de Nefrologia], os maiores culpados pelo constante aumento de pacientes em terapia renal substitutiva são outras duas doenças também crônicas, quase sempre preveníveis: a hipertensão e a diabetes tipo 2. ‘Cerca de 30% dos pacientes em diálise no Brasil são

Brasileira de Nefrologia apontou que, somente em 2017, mais de 120 mil brasileiros possuíam insuficiência renal e faziam hemodiálise, sendo que a cada ano 21 mil pessoas acrescentam o grupo (BRASIL, 2017). Nesse passo, o país tem demonstrado, a cada década, um crescimento de 10% de pacientes que, devido ao agravamento de quadro renal, têm a sobrevivência ligada à máquina de hemodiálise (FOLHA DE PERNAMBUCO, 2017). Somente em Santa Catarina, o número de pacientes em tratamento dialítico crônico em julho de 2016 era equivalente a 3.285 pessoas (SESSO *et al.*, 2016).

A hemodiálise consiste no tratamento em que uma máquina é ligada ao paciente, deslocando gradativamente o sangue através do equipamento, com a finalidade de filtrar as impurezas do sangue, posto que os rins já comprometidos não são capazes de fazê-lo¹⁰. O SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, site mantido pelo Ministério da Saúde com hospedagem no DATASUS, descreve o procedimento como sendo “terapia de substituição renal realizada através de circuito de circulação extracorpórea, utilizando-se máquinas de proporção, nas quais a depuração de soluto ocorre por difusão entre o sangue e uma solução de diálise, através de um dialisador sintético” (BRASIL, 2018). Dessarte, o enfermo deve comparecer com frequência de três vezes por semana ao hospital ou clínica credenciados para o procedimento e lá permanecer durante 3-5 horas até a conclusão, o que acaba por reduzir e muito a autonomia de vida desses pacientes (MCANINCH; LUE, 2014, p. 562)

No que tange aos gastos públicos, o sistema SIGTAP aponta que cada sessão de diálise equivale a R\$ 194,20 e R\$ 265,41 (BRASIL, 2018), sendo que o custo de uma sessão em clínica privada chega a equivaler a R\$ 600,00 (METRÓPOLES, 2017). Desta forma, a verba pública destinada a pacientes renais em diálise, em 2015, foi de R\$ 2.700.000.000,00 por ano (BRASIL, 2017). Nessa esteira, notícia veiculada pelo jornal G1 informou que, somente no ano de 2015, o governo do Distrito Federal despendeu R\$ 20 milhões de reais com seus pacientes em diálise e o sistema ainda apresentava carências (G1, 2016). Apesar do volume de investimentos, o sistema público de saúde brasileiro apresenta sérias deficiências

diabéticos. 35% são hipertensos. No caso da diabetes, muitos dos pacientes já apresentam comprometimento da função renal no momento do diagnóstico’, lamenta.” (METRÓPOLES, 2017).

¹⁰ “A hemodiálise crônica usando membranas de diálise semi-permeáveis é realizada amplamente hoje. O acesso ao sistema vascular é provido por uma fístula arteriovenosa, enxertos vasculares (com veia safena autóloga ou material sintético) ou por um cateter percutâneo de longa permanência (colocado cirurgicamente ou com radiologia intervencionista). A maioria das membranas de diálise atuais é feita com materiais biocompatíveis (resultando em menos reações sangue-membrana). Solutos do corpo e líquidos corpóreos em excesso podem ser depurados facilmente pelo uso de fluidos de dialisado de composição química conhecida. Membranas mais novas, de alta eficiência (alto fluxo), estão servindo para reduzir o tempo de tratamento da diálise.” (MCANINCH; LUE, 2014, p. 562)

na oferta desse tratamento, porquanto são corriqueiras as notícias envolvendo as falhas no serviço^{11 12}. Nessa perspectiva, o país possuía, em 2016, 747 unidades de diálise ativas, restando 22% destas na região Sul (SESSO *et al.*, 2016). Apesar do considerável número, dados demonstram que a cada ano são criadas apenas 2 mil vagas para novos pacientes, ainda que a demanda atual seja de 9 mil vagas (FOLHA DE PERNAMBUCO, 2017).

Além dos gastos públicos, o tratamento também representa um ônus para o próprio paciente em razão dos efeitos colaterais do procedimento, tais como infecção, sintomas ósseos, anemia persistente, transtornos psicológicos, síndrome caquética, miocardiopatia, polineuropatia e amiloidose secundária à diálise, de modo que o transplante de rim precise ser feito com urgência. Mais grave, a morbidade e mortalidade excessivas associadas à formação de placas de lipídios sobre as paredes das artérias é comum no tratamento a longo prazo. Com esse proceder, dados afirmam que, se o paciente não possui outros problemas de saúde, a taxa de mortalidade é de 8-10% por ano, uma vez instituída a terapia de manutenção com a diálise. (MCANINCH; LUE, 2014, p. 562)

Resta nítido que a hemodiálise não se coaduna com qualidade de vida, visto que possui inúmeros efeitos colaterais e exige a disposição de horas do paciente para realização do procedimento. Nesses termos, uma pesquisa realizada no Hospital Universitário do Município de Alfenas/MG, indicou que 86,66% dos pacientes que lá realizavam hemodiálise se encontravam aposentados ou com licença de saúde (TERRA *et al.*, 2010). Por esta razão, há de se observar que o gasto público com esses pacientes não se restringe tão somente em torno do custo da diálise, devendo ser considerado também o custo da previdência social, tendo em vista a necessidade do afastamento desses pacientes de suas atividades laborais, algumas vezes inclusive em idade produtiva. Assim, para aqueles que percorrem o caminho a espera de receber um rim, a jornada é exaustiva.

É comum o errôneo entendimento de que todo paciente que realiza diálise é candidato a receber o órgão. Ao contrário, é possível que o enfermo receba o transplante sem proceder a hemodiálise e, da mesma maneira, nem todos os pacientes possuem a concreta indicação para realizar o transplante, este último em virtude de condições de saúde diversas,

¹¹ “O serviço de hemodiálise (a limpeza do sangue por aparelhos, quando os rins não funcionam), vive um colapso no Brasil, e doentes crônicos renais, que chegam a esse ponto por insuficiência de medidas preventivas, estão morrendo por causa do subfinanciamento ao serviço e da falta de medicamentos. Foi o que denunciaram os participantes da audiência pública conjunta das comissões de Direitos Humanos (CDH) e Assuntos Sociais (CAS), nesta quarta-feira (30), para debater os problemas do setor” (JORNAL DO BRASIL, 2015)

¹² “Pacientes que fazem hemodiálise no Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André, foram contaminados com alumínio. Das 64 vítimas, 11 permanecem com quantidade de alumínio considerada tóxica para o organismo. Foi aberta uma sindicância interna para apurar o caso.” (G1, 2018)

como complicações hepáticas, cardiovasculares ou infecciosas que se apresentam como contraindicações formais ao transplante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018).

Depois do refinamento das técnicas de imunossupressão e compatibilidade genética, o alotransplante renal passou a ser considerado uma alternativa aceitável à manutenção em hemodiálise (MCANINCH; LUE, 2014, p. 562). Inclusive, o transplante é considerado uma melhor escolha para os pacientes que sofrem com doença renal em estágio final, posto que aqueles que recebem o órgão transplantado vivem em média 10 (dez) anos a mais do que aqueles que permanecem na hemodiálise (C. BRADLEY *et al.*, 2011). Sua indicação no momento adequado é um pré-requisito para seu sucesso (GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011, p. 416), havendo um consenso crescente de que o transplante profilático, realizado pouco antes de o paciente necessitar de diálise, contribui muito para a redução da morbidade e até mesmo da mortalidade (KASISKE *et al.*, 2002, p. 1358-1364, *apud* MCANINCH; LUE, 2014).

O conceito médico de transplante deriva da ideia de substituir órgão danificado por outro em melhor condição. Em estudos desenvolvidos e publicados em 1902 e 1908 pelo francês Alexis Carrel, foi vislumbrada a possibilidade de transplantar o órgão rim especificamente, estabelecendo as bases da técnica da cirurgia, as quais são seguidas até hoje. Diante do impacto desses estudos, Alexis Carrel ganhou o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1912. (GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011, p. 417)

O primeiro transplante renal realizado entre seres humanos data de 1933, procedido ucraniano Yuri Voronoy, com o órgão proveniente de um homem falecido para outro paciente, que veio a óbito após 42 horas. No entanto, o primeiro caso de transplante de rim bem sucedido foi realizado somente em 1954, com doação entre vivos por irmão gêmeo homozigoto - com características genéticas idênticas. Desde então, o transplante renal deixou de ser um experimento e tornou-se uma das terapias renais preferidas em todo o mundo. (GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011, p. 417)

Posteriormente, no início da década de 60, os bioquímicos Gertrude Elion e George H. Hitchings propuseram um novo medicamento, a azatioprina, como tratamento para reduzir a rejeição do corpo a tecido estranho em transplantes de rim entre doadores não aparentados, oportunizando uma maior incidência da cirurgia no mundo. Ao todo, Elion desenvolveu 45 patentes em medicina e foi premiada com 23 graus honoríficos, além de ganhar o Prêmio Nobel de Medicina em 1988. (GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011, p. 417)

Como já referenciado, a primeira operação de transplante de órgãos no Brasil envolveu um transplante renal, em 1964, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, quando um rapaz de 18 anos, portador de pielonefrite crônica, recebeu um rim *post mortem* de uma criança de nove meses, portadora de hidrocefalia. Já o primeiro transplante renal com doador vivo bem sucedido ocorreu em 1965, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, chefiada pelo professor Jeronimo G. de Campos Freire. (GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011, p. 417)

O aparecimento do remédio ciclosporina¹³ no final da década de 1980 foi um advento para a história dos transplantes, uma vez que em pouco tempo o remédio foi eleito como um dos medicamentos mais atuantes no esquema de imunossupressão, o que permitiu um aumento relevante na sobrevida do enxerto no órgão do receptor. De igual forma, nos últimos 15 anos, novas drogas surgiram e foram incorporadas ao tratamento dos pacientes renais pós-transplante, o que tem propiciado um aumento cada vez maior dessa sobrevida. (GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011, p. 417)

A imunossupressão está intimamente ligada à analogia biológica entre o doador e o receptor. Antes de se proceder o transplante, é necessária a verificação de uma série de compatibilidades entre os envolvidos, incluindo o tamanho e anatomia do órgão a ser transplantado. Destarte:

Todos os doadores devem ser avaliados clínica e cirurgicamente para garantir sua segurança. (...) Primeiro, é necessário obter a história detalhada e fazer um exame físico completo para se descartar a presença de hipertensão, diabetes, obesidade, infecções, cânceres e distúrbios renais e urológicos específicos. Em seguida, devem ser realizados exames laboratoriais de sangue e urina, radiografias de tórax, eletrocardiograma e provas de esforço cardíaco nos casos apropriados. Vários métodos podem ser utilizados para medir a TFG [Taxa de Filtração Glomerular] e a excreção urinária de proteínas. Por fim, realiza-se avaliação radiográfica da anatomia renal, que geralmente se baseia na angiotomografia computadorizada (angio-TC). (KAPOOR *et al.*, 2004, p. 1535-1539, *apud* MCANINCH; LUE, 2014)

¹³ “A Ciclosporina é uma droga imunossupressora, da classe dos inibidores de calcineurina, isolada do fungo *Tolypocladium inflatum*, habitante do solo. A ciclosporina suprime as reações imunológicas que causam rejeição de órgãos transplantados, reduzindo a probabilidade de rejeição, com a vantagem de não apresentar os efeitos colaterais indesejáveis de outras drogas usadas para esse fim. A ciclosporina tornou-se disponível em 1979, possibilitando o retorno às atividades de transplante anteriormente abandonadas. Como resultado do uso da ciclosporina, as cirurgias bem-sucedidas de transplantes tornaram-se corriqueiras. Por muitos anos foi considerado medicamento de primeira escolha na linha terapêutica, mas, devido diversos eventos adversos, atribuídos ao seu uso, entre eles a hiperplasia gengival vem sendo substituída por outros medicamentos da mesma classe terapêutica, como tacrolimo.” (WIKIPEDIA, 2018)

Nesse sentido, é essencial que o doador e o receptor partilhem a mesma tipagem sanguínea e HLA - *Human Leukocyte Antigen*¹⁴. O HLA se encontra no código genético e é responsável pela produção de proteínas encontradas em todas as células do corpo, as quais cumprem a função de informar ao sistema imunológico que aquela célula é proveniente do próprio indivíduo (AMEO, 2018). Logo, quando um corpo estranho, cujo HLA é diferente, quebra as barreiras defensivas e entra no organismo, o sistema imunológico é capaz de responder atacando o corpo estranho em específico, preservando todas as demais células da própria pessoa. Essa resposta imunológica é essencial para a manutenção da vida frente a todas as doenças provenientes de vírus, bactérias e fungos que o homem se encontra suscetível. No entanto, resta nítido que o corpo humano também irá identificar o órgão transplantado como alheio à sua composição, de modo que a combinação de HLA e tipagem sanguínea são fundamentais para que o organismo do receptor não comece a atacar o próprio órgão transplantado, rejeitando-o.

Contudo, as doações perfeitamente compatíveis só ocorrem entre irmãos gêmeos homozigotos, eis que esses possuem o mesmo código genético. Em casos diversos, pequenas incompatibilidades são inevitáveis¹⁵, de maneira que o paciente receptor deverá utilizar remédios imunossupressores visando justamente diminuir a resposta imunológica do organismo ao órgão transplantado. Ocorre que, inevitavelmente, os HLA discordantes dos

¹⁴ “O complexo de histocompatibilidade principal (MHC) descreve um conjunto de genes localizados no cromossomo 6 humano, que codificam as proteínas responsáveis pela rejeição dos tecidos entre diferentes espécies ou membros de uma mesma espécie (Flechner *et al.*, 2011). Os marcadores MHC da superfície celular são conhecidos como antígenos leucocitários humanos (HLA), porque foram identificados primeiramente nos leucócitos. Existem dois tipos principais de HLA: de classe I e de classe II. Quase todas as células nucleadas expressam antígenos HLA da classe I, enquanto os antígenos da classe II são encontrados principalmente nos linfócitos B, nos monócitos, nos macrófagos e nas células apresentadoras de antígenos. Cada indivíduo herda de cada genitor dois antígenos sorologicamente definidos da classe I (denominados A e B) e um antígeno da classe II (chamado de Dr); desse modo, seis antígenos HLA constituem o tipo tecidual de um indivíduo. Um conjunto de antígenos HLA (A, B e Dr) herdados de um genitor em um cromossomo é conhecido como haplótipo, de modo que gêmeos HLA-idênticos são indivíduos que herdaram os dois haplótipos. As moléculas HLA são polimórficas (existem mais de 170 definidas) e, por essa razão, é muito incomum que dois indivíduos sem parentesco tenham o mesmo tipo tecidual dos 6 antígenos HLA. Os antígenos HLA não compartilhados entre dois indivíduos geram respostas imunológicas. Por essa razão, a expressão compatibilidade HLA descreve o número de antígenos compartilhados. É possível gerar uma classificação hierárquica das semelhanças genéticas do HLA, que se correlaciona grosseiramente com o risco de rejeição e, por fim, com os desfechos dos transplantes renais variando de gêmeos idênticos a doador falecido (DD). Na prática clínica, o impacto do HLA na sobrevida dos enxertos é pequeno nos anos iniciais, mas podem desempenhar um papel importante nos 5 a 10 anos seguintes. Certamente, existem outros fatores que afetam a sobrevida, principalmente a qualidade do órgão doado (idade, função, dimensões etc.), mas também a idade e as comorbidades do receptor. Contudo, hoje, os rins de doadores mortos compatíveis para os seis antígenos (ou incompatibilidade HLA zero) são compartilhados nacionalmente em razão do seu efeito favorável nos desfechos imunológicos. Além disso, a compatibilidade dos antígenos HLA também é importante para o algoritmo de distribuição dos rins de doadores mortos, no qual se atribuem mais pontos à compatibilidade mais ampla” (MCANINCH; LUE, 2014, p. 571)

¹⁵ “Herdamos nossa tipagem HLA metade do pai e metade da mãe. Assim, cada irmão tem 25% de chance de ter herdado a mesma tipagem HLA de seus pais”. (BRASIL, 2018)

tecidos doados eventualmente geram uma resposta imunológica, levando à disfunção renal e alterações histológicas do rim transplantado, conhecida como rejeição. Os sintomas mais comuns da rejeição incluem febre, calafrios, letargia, hipertensão, dor e edema do enxerto, redução do débito urinário, edema, elevações da creatinina sérica e da ureia plasmática e proteinúria. (MCANINCH; LUE, 2014, p. 574)

Nesse seguimento, a melhora nos resultados de transplantes é equivalente à disposição de remédios imunossupressores mais potentes e seletivos, bem como do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, da profilaxia e do tratamento das comorbidades infecciosas, visando o desenvolvimento de métodos que permitam ao receptor manter o enxerto transplantado em um estado de tolerância ou ausência de rejeição específica ao órgão (MCANINCH; LUE, 2014, p. 564, 575)

Nesse aspecto, há cinco décadas percebe-se avanços notáveis no resultado em curto prazo dos transplantes renais. Em uma avaliação no prazo de 12 meses, a taxa média de sobrevida dos pacientes e dos enxertos no caso de doadores vivos aumentaram para 97,6% e 95,1% respectivamente, enquanto as taxas correspondentes aos receptores de aloenxertos de doadores mortos aumentaram para 96,3% e 91,4%. Quanto às taxas em longo prazo de perdas dos órgãos transplantados, estas indicam uma sobrevida média de 7 a 8 anos para os enxertos de doadores mortos e de 10 a 11 anos para rins de doadores vivos (MCANINCH; LUE, 2014, p. 579), sendo que alguns estudos apontam até mesmo para a possibilidade de sobrevida de mais de 16 anos referente à doação *intervivos* (C. BRADLEY *et al*, 2011).

Ainda, na avaliação desses dados, desponta o fator de que a disponibilidade de um doador vivo é melhor do que um órgão proveniente de um doador morto. Isso porque, como analisado, o transplante envolvendo rins provenientes de doadores vivos oferece sobrevida mais longa aos pacientes e aos enxertos quando comparados com os transplantes de doadores mortos, principalmente quando o transplante de um doador vivo é realizado antes do início da diálise (MEIER-KRIESCHE; KAPLAN, 2002, p. 1377-1381, *apud* MCANINCH; LUE, 2014).

Para mais, nem sempre a família está disposta a ajudar o enfermo ou até mesmo revela-se incompatível, de modo que se registram as doações entre vivos proveniente de não consanguíneos. Esses doadores não relacionados geneticamente geralmente se constituem de cônjuges ou amigos. A implicação médica dessa prática “é a sobrevida excelente conseguida com os transplantes de doadores vivos não relacionados, que não é diferente da obtida com rins doados pelo pai ou pela mãe de uma criança, por um irmão haploidêntico, ou de um

doador aparentado totalmente compatível” (CECKA, 2004, p. 1-12, *apud* MCANINCH; LUE, 2014).

Nessa esteira, as taxas de transplantes de doadores vivos variam mundialmente, mas, em alguns países ocidentais, na Ásia e no Oriente Médio, esse tipo se tornou recentemente a forma principal de transplante renal (MCANINCH; LUE, 2014, p. 565). A valorização do doador vivo se deve às inúmeras vantagens em comparação ao doador falecido, como, por exemplo, menor tempo em diálise do enfermo e a possibilidade de realizar a cirurgia em momento programado, ao invés de permanecer à espera indefinida do órgão em fila de transplante. Além disso, a probabilidade de não funcionamento primário do órgão transplantado é mínima, cerca de 5%, sendo que, no Brasil, o não funcionamento imediato do enxerto proveniente de doador falecido é da ordem de 50% (GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011, p. 422-423)

Outrossim, a cirurgia com doador vivo constitui-se de procedimento relativamente simples. Atualmente, a abordagem mais comumente utilizada é a nefrectomia laparoscópica intraperitoneal¹⁶ do doador, que oportuniza menores incisões, menor tempo de cirurgia e, conseqüentemente, os pacientes sentem menos dor e recuperam-se mais rápido, voltando às suas atividades normais em um tempo reduzido (MCANINCH; LUE, 2014, p. 572).

Entretanto, a doação *intervivos* não é a principal fonte de captação de órgãos no país, apesar de que a doação *post mortem* demonstra dificuldades na recorrente recusa dos familiares ou do próprio falecido, a qual foi responsável pela não concretização da doação em 44% das ocorrências em 2015¹⁷, bem à frente da contraindicação médica ao transplante, com 15% (G1, 2016). Assim, diante da longa fila de espera por um órgão proveniente de doador falecido, subsiste aos pacientes tão somente a procura por doadores vivos compatíveis que se adequem às possibilidades legais.

¹⁶ “Transperitoneal laparoscópica pura (totalmente laparoscópica), rotina atual em nosso serviço e detalhada a seguir: O doador é posicionado em decúbito lateral a 45°, contralateral ao rim a ser doado. O pneumoperitônio é instalado por meio de punção com agulha de Veress no hipocôndrio esquerdo, logo abaixo do último arco costal na linha hemiclavicular. A cavidade é lentamente insuflada até atingir a pressão de 12 a 14mmHg de CO₂. Uma punção de 10mm é realizada na região umbilical para a introdução da ótica de 30°; outras duas punções de 10mm são realizadas, uma a meia distância entre o apêndice xifóide e o umbigo, e a outra na linha axilar anterior ao nível do umbigo. Eventualmente um trocarte de 5mm é posicionado do lado direito para afastar o fígado ou do lado esquerdo para afastar o baço”. (BRANCO *et al*, 2007)

¹⁷ “O presidente da ABTO afirma que o caminho ainda é educar os profissionais, para que abordem adequadamente as famílias, e reforçar para a sociedade a necessidade do transplante. ‘É preciso melhorar o nível de esclarecimento da população, e antes que algo aconteça. Se a pessoa diz para a família que é doadora de órgãos, porque confia que é uma atividade desempenhada com seriedade e que o diagnóstico da morte encefálica da maneira como é feito no Brasil é 100% seguro, essa realidade pode mudar’, diz Manfro.” (G1, 2016)

3.2 DADOS

A notícia da disponibilidade do órgão para transplante constitui uma verdadeira felicidade a estes enfermos, porém a realidade do país não tem permitido a ocorrência desta com frequência. O Brasil possui atualmente o total de 21.652 pessoas inscritas na fila única para receber um rim, tendo registrado 2.493 novos ingressos entre janeiro a março deste ano, e precisando uma média de tempo de espera equivalente a 18 meses. Em 2018, a Região Sul é responsável por 2.333 inscritos na lista única para receber o órgão, enquanto 335 são registrados só em Santa Catarina. (ABTO, 2018).

Em dados atualizados de janeiro a março de 2018, foram realizados 1.346 transplantes de rins no país, sendo 1.115 de doadores falecidos e 231 provenientes de doadores vivos, dos quais 186 eram parentes, 29 cônjuges e 16 não parentes. Santa Catarina foi responsável por 48 transplantes renais, sendo 3 provenientes de doador vivo e 45 provenientes de doador falecido. Em compensação, Distrito Federal, Pará, Espírito Santo, Pernambuco, Maranhão, Rio Grande do Norte, Piauí, Alagoas, Acre, Mato Grosso do Sul e Amazônia registraram todos menos de 20 operações ao total. Nesse passo, no mesmo período o país registrou 350 mortes de pessoas que aguardavam a disponibilidade de um rim para transplante, sendo 6 catarinenses. (ABTO, 2018)

Nos anos anteriores, os dados também não são animadores. Não obstante a grande fila, o país registrou, em 2017, apenas 5.949 transplantes de rins efetivados, dos quais 1.464 foram realizados na Região Sul e 268 em Santa Catarina, sendo o sétimo estado a realizar maior número de procedimentos. Porém, outros estados como Acre, Mato Grosso do Sul e Alagoas registraram menos de 20 transplantes renais concretizados. Nessa lógica, enquanto no mesmo período se constatou o acréscimo de 10.843 pessoas à fila de espera para um rim (333 catarinenses), o país também registrou a morte de 1.180 pessoas à espera de receber o órgão, das quais 10 eram catarinenses (ABTO, 2017). Tal número não destoia dos registros do ano de 2016, quando 13.094 pessoas entraram na fila de espera por transplante, ao mesmo tempo em que outras 1.019 faleceram à espera do órgão, sendo 4 catarinenses (ABTO, 2016). Em 2015, seguindo a mesma tendência, 9.711 pessoas se inscreveram para receberem um rim transplantado, enquanto 1.226 pessoas faleceram à espera do órgão, registrando 23 catarinenses na lista de óbito (ABTO, 2015).

Como citado, a baixa concretização dos transplantes no país encontra razões na recusa das famílias em proceder a doação dos órgãos de seus entes queridos. Nesse sentido, a Associação Brasileira de Transplantes Renais divulgou dados sobre as doações *post mortem*

envolvendo todos os órgãos, dando conta que, no período entre janeiro a março de 2018, ocorreram 2.613 notificações de potenciais doadores, sendo que foram procedidas 1.566 entrevistas buscando a autorização para doação de órgãos, nas quais 41% (637) houve recusa, restando concretizadas apenas 736 doações nessa modalidade no país (ABTO, 2018). No ano de 2017, por sua vez, houve 10.629 notificações de potenciais doadores falecidos, procedidas 6.526 entrevistas, das quais restaram recusadas 42% (2.740), ao passo que efetivadas somente 3.100 doações (ABTO, 2017).

Santa Catarina possui uma política de destaque com relação à doação *post mortem* de órgãos, posto que, na grande maioria dos casos em que ocorre a notificação de potencial doador também se procede a entrevista, possuindo a terceira menor taxa de recusa de doação dos órgãos em 2017 e a quarta em 2018, com apenas 33% de recusa em ambos os períodos (ABTO, 2017; 2018). Todavia, tal destaque não se estende aos demais estados, que chegam a ostentar até mesmo 100% de recusas, como Tocantins e Mato Grosso no período avaliado entre janeiro e março de 2018 (ABTO, 2018).

Em nível mundial, em 2013, o Brasil foi o vigésimo sétimo, em uma lista de 60 países, a mais realizar transplantes renais com doadores falecidos, segundo IRODAT - *Internacional Registry in Organ Donation and Transplantation*. Ainda, de acordo com a mesma organização, o Brasil desponta em trigésimo segundo país a mais realizar transplantes renais *intervivos* em comparação a outros 63 países (IRODAT, 2013). Contudo, muito embora a posição não seja exatamente uma das piores, em números absolutos se equipara, posto que os Estados Unidos, décimo lugar em transplantes renais *intervivos* e sétimo em doações de falecidos, chegou a realizar cinco vezes mais cirurgias que o Brasil (SUPER INTERESSANTE, 2004).

Diante disso, pode-se perceber que a fila para espera de órgãos é um árduo caminho para aqueles que permanecem à espera da disponibilidade do órgão e continuam a realizar semanalmente sessões de hemodiálise, as quais também dilapidam a saúde do paciente a longo prazo. Há de se notar que a lista de espera não constitui nenhuma afronta aos direitos fundamentais, visto que respeita sobremaneira a isonomia dos pacientes e busca blindar o sistema contra qualquer ilegalidade. Em verdade, o desrespeito à saúde e à vida dos pacientes portadores de doença renal se encontra na etapa anterior, na ausência de recursos na área da saúde, que afeta a disponibilidade de hemodiálise, bem como de fortes políticas públicas que busquem conscientizar a população da importância da doação de órgãos, de modo a estimular que esse ato se concretize cada vez mais.

Entretanto, a realidade ainda se afasta desse caminho. Diante dessa escassez de órgãos, os pacientes renais com indicação de transplante buscam, dentro dos limites legais, por doadores vivos aptos a procederem a cirurgia. Porém, como já discorrido quanto à dificuldade de compatibilidade entre doador e receptor, nem todos encontram o doador perfeito em sua família.

Assim, a escassez de rins para atender a demanda dos receptores que estão à espera, somada aos melhores resultados de sobrevida em doações *intervivos* em comparação à doação proveniente de pessoas falecidas, propiciou em outros países o desenvolvimento de formas criativas de expandir o número de doadores vivos.

3.3 TRANSPLANTE RENAL PAREADO

Infelizmente, a demanda por um transplante de rim excede e muito a oferta de doadores falecidos. Entretanto, para aqueles que possuem indicação de transplante renal, a disponibilidade de órgão advindo de doador vivo é uma enorme vantagem ao paciente e ao próprio Estado. Isso porque há cinco razões primárias: o menor tempo a espera de um rim; os receptores têm uma sobrevida maior em comparação àqueles que permanecem em diálise (HALLER *et al.*, 2016); a doação *intervivos* apresenta uma maior taxa de sobrevida com comparação ao enxerto e ao paciente de doações *post mortem* (MEIER-KRIESCHE; KAPLAN, 2002, p. 1377-1381, *apud* MCANINCH; LUE, 2014); os receptores têm uma melhor qualidade de vida por se recuperarem da doença renal e não mais precisarem da diálise; e o custo do transplante para o Estado é menor que da hemodiálise (GOUVEIA *et al.*, 2017).

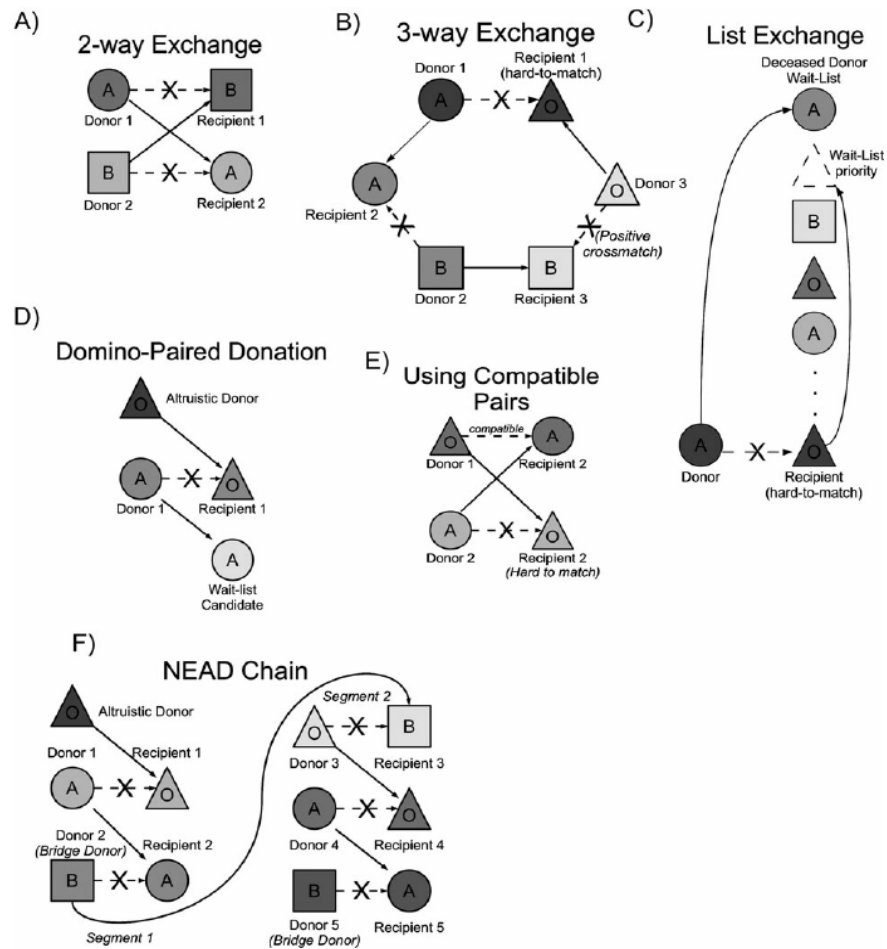
Contudo, com demasiada frequência, o doador vivo que se voluntaria a ceder o órgão revela-se não compatível devido ao tipo sanguíneo ou aos anticorpos. Em observação a esses fatores, o transplante renal pareado foi instituído como uma nova modalidade de doação de órgãos envolvendo doador vivo, onde este não cede o órgão diretamente ao interessado correlato não compatível, mas em prol deste. Assim, o princípio da doação pareada é encontrar pares de doador-receptor incompatíveis entre si que, por outro lado, são compatíveis com outros pares, realizando uma troca cruzada.

Nessa perspectiva, o sistema de transplante pareado visa reaproveitar a pessoa que se dispôs a doar seu rim para um ente querido, de forma a superar a incompatibilidade e também atuar em prol de encontrar melhores correspondências entre doador e receptor, aspirando

justamente um menor índice de mortalidade do paciente e maior sobrevida ao órgão transplantado.

O transplante pareado foi sugerido pela primeira vez pelo médico cirurgião alemão, erradicado nos Estados Unidos, Felix Rapaport no ano 1986 (BRADLEY *et al.*, 2011). A proposta de Rapaport se constituiu em várias modalidades, conforme ilustração abaixo:

Figura 1 – Ilustração dos modelos de transplante renais pareados propostos por Felix Rapaport



18

Fonte: RAPAPORT, 1986 *apud* BRADLEY *et al.*, 2011

A primeira troca de rim no sistema pareado foi realizada na Coreia do Sul, em 1991, sendo que, vários anos depois, em 1999, o primeiro transplante pareado foi realizado na Europa, no Hospital Universitário da cidade de Basileia, na Suíça. No ano seguinte, 2000, o

¹⁸ “A history of KPD from its original proposal by Felix Rapaport to the present day. (A) Two incompatible pairs swap kidneys in a two-way exchange. (B) A three-way exchange with no reciprocal exchanges so hard-to-match pairs are better matched. (C) In a list exchange, an incompatible donor donates to a wait-list candidate in exchange for wait-list priority for the recipient. (D) DPD pairs an altruistic donor with an incompatible recipient. The donor then continues the chain or donates to a wait-list candidate. (E) A compatible pair can join an exchange helping hard-to-match pairs. (F) NEAD chains are like domino chains except the last donor becomes a bridge donor and awaits more pairs to perpetuate the chain at a later time” (BRADLEY *et al.*, 2011)

primeiro transplante renal pareado foi realizado nos Estados Unidos da América, em *Rhode Island Hospital, New England*, seguida pela equipe do *Johns Hopkins Hospital*, situado em *Baltimore*, em 2001. (BRADLEY *et al.*, 2011)

O sistema de transplante renal pareado cresceu nos Estados Unidos rapidamente desde então, utilizando algoritmos de correspondência que identificam trocas simples e mais complexas cadeias de transplantes para aumentar o número de procedimentos (BRADLEY *et al.*, 2011).

O procedimento teve um dos maiores destaques em 2012, quando uma cirurgia envolvendo 60 pessoas resultou em 30 doações de rim, por meio de uma única cadeia de transplante renal pareado nos Estados Unidos. A combinação teve início com a disposição de órgão gratuita e não direcionada de Rick Ruzzamenti, que impulsionou outras pessoas, parentes de portadores de doença renal, a também dispor de seus órgãos, de maneira que seus entes também receberam rins compatíveis como parte da troca, formando o circuito pareado. O procedimento exigiu coordenação durante quatro meses, envolvendo 17 hospitais em 11 estados (THE NEW YORK TIMES, 2012). Recentemente, em 2015 o sistema pareado voltou a ser noticiado em 2015, quando 34 pessoas receberam o órgão pelo programa, envolvendo 26 hospitais diferentes ao longo de três meses (ABCNEWS, 2015).

Observa-se que, nos EUA, as permutas de doadores vivos devem adequar-se à Seção 301 da *National Organ Transplant Act (NOTA)*, de 1984, que estabelece que “é vedado por lei a qualquer pessoa adquirir, receber ou transferir conscientemente qualquer órgão humano por interesses financeiros para utilização em transplantes humanos”¹⁹ (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1984). De acordo com essa lei, tradicionalmente, os interesses financeiros têm sido interpretados como transferência de dinheiro ou qualquer propriedade valiosa entre o doador e o receptor. Dessarte, a doação de órgão é entendida, apropriadamente, como uma dádiva legalizada, de modo que, se respeitadas essas restrições, qualquer pessoa que seja competente e deseje doar voluntariamente, possuindo condições clínicas e psicológicas adequadas, pode ser um doador vivo de rim em qualquer uma das

¹⁹ “SEC. 301. (a) It shall be unlawful for any person to knowingly acquire, receive, or otherwise transfer any human organ for valuable consideration for use in human transplantation if the transfer affects interstate commerce. (b) Any person who violates subsection (a) shall be fined not more than \$50,000 or imprisoned not more than five years, or both. (c) For purposes of subsection (a): (1) The term “human organ” means the human kidney, liver, heart, lung, pancreas, bone marrow, cornea, eye, bone, and skin, and any other human organ specified by the Secretary of Health and Human Services by regulation. (2) The term “valuable consideration” does not include the reasonable payments associated with the removal, transportation, implantation, processing, preservation, quality control, and storage of a human organ or the expenses of travel, housing, and lost wages incurred by the donor of a human organ in connection with the donation of the organ. (3) The term “interstate commerce” has the meaning prescribed for it by section 20103) of the Federal Food, Drug and Cosmetic Act” (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1984).

modalidades propostas pelo referido médico Felix Rapaport, conforme desenho acima. (MCANINCH; LUE, 2014, p. 566-567)

Com incentivo do sistema de transplante pareado, ante sua dimensão, e visando um controle mais rígido de todos órgãos provenientes de doadores vivos, o *Nacional Kidney Registry (NKR)*, responsável pela captação e distribuição de rins nos Estados Unidos, implementou, em 2010, o *GPS Tracking Technology* (Tecnologia de Rastreamento GPS) para rastrear o deslocamento dos órgãos transportados, de forma que o centro hospitalar que realizou a cirurgia de retirada e o hospital destino, onde o receptor aguarda, podem acompanhar, em tempo real via *internet*, todo o deslocamento do órgão (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2010). Portanto, as perdas ou desvios de órgãos tornaram-se mais difíceis, o que resultou em um maior respeito ao programa.

Nos Estados Unidos, o resultado do sistema pareado não podia ser melhor. Em 2017, a estimativa foi de que o transplante renal pareado facilitou 62% dos transplantes de rim o país (VIVEK *et al.*, 2017). Além disso, os resultados vêm indicando que a sobrevida do enxerto doado via transplante pareado é maior do que o órgão de doadores vivos não pareados. Pesquisadores têm creditado tal feito à esmiuçada pesquisa dentro do programa por pares com uma maior compatibilidade de HLA e idade, uma vez que o receptor de órgão não pareado fica restrito às possibilidades do único doador que se apresenta (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2016).

Nesse sentido, em que pese o programa pareado ter iniciado no país visando realizar a combinação de pares incompatíveis, o crescimento e a confiabilidade no sistema pareado cresceu tanto nos Estados Unidos a ponto de que, hoje em dia, pares relativamente compatíveis se inscrevem no programa buscando respectivos doadores que ofereçam uma maior compatibilidade, dado que um rim melhor combinado fornece maior sobrevida ao enxerto e ao próprio paciente, além de reduzir a necessidade de medicamentos imunossupressores pós-transplante (MILNER *et al.*, 2016).

Demais países também registram a aplicação do sistema pareado, entre eles Canadá, Inglaterra, Holanda, Austrália, Coreia, Índia, os quais já dispõem de Programa Nacional de transplante renal pareado, e outros países já iniciaram os Programas de DRP em Centros Isolados, mas ainda sem um Programa Nacional (PEROSA, 2017). Na maioria, houve debates médicos e jurídicos acerca da ética do procedimento, tendo em vista as possíveis decorrências.

3.3.1 Transplante Renal Pareado no Brasil

Apesar do sucesso do programa, o entusiasmo não encontra respaldo no Brasil. O procedimento é barrado primeiramente em virtude do art. 9º da Lei 9.434/97, que determina que a doação *intervivos* deverá ser procedida entre cônjuges, parentes até quarto grau ou mediante autorização judicial - sendo este último caso quase inócurrente no país, conforme a análise de dados feita.

Em 23 de fevereiro deste ano, o Conselho Federal de Medicina foi requisitado a se pronunciar sobre o transplante renal pareado, o que fez por intermédio do processo consulta CFM nº 36/2017 - Parecer nº 5/2018, sob relatoria do Conselheiro Donizetti Dimer Giamberardino Filho. O documento aponta para a credibilidade do programa atualmente instituído, de maneira que as doações provenientes de pessoa falecida só são autorizadas justamente pela confiança que a família e a pessoa falecida depositam no sistema para que os órgãos tenham a correta destinação. De outro norte, o relator entendeu que o afrouxamento dos critérios existentes poderia colocar em risco a atual credibilidade nacional e internacional do Programa de Transplante Renal no Brasil, em que pese atenderia somente uma parcela mínima da população. Assim, o relator indica que o sistema pareado poderia abrir a possibilidade de aferimento de vantagens financeiras entre as famílias envolvidas, o que geraria questionamentos e suspeições que poderiam abalar o atual programa nacional de transplante renal. Ainda, discorreu sobre a necessidade de logística para estabelecer o sistema pareado, devendo ser levado em conta o aspecto quase que continental do Brasil, o que envolveria maiores responsabilidades financeiras e poderia incorrer no privilégio das classes mais abastadas que não dependeriam do auxílio do governo. Outro ponto levantado pelo relator foi a ocorrência de cirurgias não simultâneas, onde o primeiro doador cede o órgãos, mas, quando o segundo doador deveria proceder a cirurgia, este retira seu consentimento, de forma que um dos receptores permaneceria sem o órgão a ser transplantado. O médico também referenciou quanto aos riscos que o doador vivo incorre em sua vida após a retirada do órgão, tornando-se mais suscetível às disfunções renais. Por fim, o relator aduziu que a sobrevida do enxerto proveniente de doador falecido tem aumentado nas últimas décadas. Por conseguinte, o Conselheiro Donizetti Dimer Giamberardino Filho concluiu dizendo:

O Brasil possui um Programa de Transplante Renal reconhecido por seus critérios de equidade e regulação da lista de espera de doadores com transparência e controle social. Os serviços de transplante renal têm aumentado o número de transplantes e a sobrevida dos enxertos tem crescido, ao mesmo tempo, as Centrais Estaduais de Transplantes (CET) têm aumentado sua eficiência na captação de órgãos de doadores falecidos em

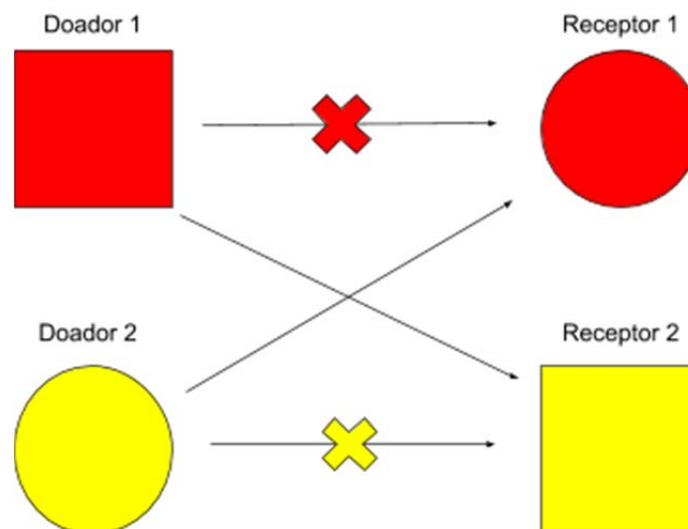
vários estados do território do Brasil. Diante das evidências e considerações descritas anteriormente, o Programa de Doação Pareada ou Troca de Doadores Vivos para Transplante Renal não deve ter sua regulamentação implementada em nosso país dentro do atual cenário nacional. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 5)

A análise do referido parecer indica todos os pontos que precisam ser enfrentados quando se defende a implementação do sistema de transplante renal pareado no Brasil. Entretanto, argumentações assim apenas demonstram a falta de uma maior reflexão acerca do procedimento.

Malgrado a realidade social e jurídica dos países que implementaram o programa de doação pareada seja diferente da vivida no Brasil, de modo que muito desses questionamentos acabam nem tendo lugar, existe um modelo de transplante pareado mais tangível ao país. Nessa lógica, é nítido que o Brasil não comporta um sistema pareado com a abrangência do programa instituído nos Estados Unidos. No entanto, o atual sistema de transplante do Brasil também demonstra insuperável carência de disponibilização de órgãos, tornando impossível ignorar todas as vantagens conferidas aos países que optaram por adotar o programa pareado.

Nesse passo, se propõe que seja regulamentada a opção de transplante renal pareado no modelo *2-way Exchange*, que se desenvolve conforme o desenho abaixo:

Figura 2 – Ilustração do transplante renal pareado no modelo *2-way Exchange*



Fonte: ilustração própria

Portanto, considera-se viável a implementação do modelo de doação renal pareada de uma maneira restritiva, a respeitar os parâmetros impostos atualmente. Por esse ângulo, quando o paciente portador de insuficiência renal receber a indicação de transplante, este

deverá primeiramente se inscrever na lista única à espera de um órgão proveniente de pessoa falecida, nos exatos moldes atuais. Ainda, com o mesmo proceder das regras vigentes, como alternativa à longa espera, o paciente pode procurar doadores vivos legalmente aptos, de acordo com o art. 9º da Lei 9.434/97, quais sejam:

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. (BRASIL, 1997)

Logo, caso a pessoa autorizada legalmente ou judicialmente, conforme artigo citado, se candidate a proceder a doação, o mesmo deverá passar por uma série de exames a fim de verificar a possibilidade fisiológica do doador e compatibilidade do órgão para com o paciente receptor, sem nenhuma distinção ao modelo atual.

Contudo, verificada a incompatibilidade biológica do candidato a doador, mas este permaneça no desejo de proceder o transplante, diferentemente do sistema atual, o modelo de transplante renal pareado proposto aproveitaria este candidato. Ressalta-se que a escolha do paciente doador deverá respeitar toda a normatividade jurídica existente, de forma que este deverá ser restrito a cônjuge, parente consanguíneos de até quarto grau, ou, fora esses, com autorização judicial. Nada obstante, seria imperativo a manutenção do paciente receptor na lista única de espera, de sorte que o programa pareado seria apenas uma alternativa a mais para aqueles que aguardam a disponibilidade de um órgão proveniente de pessoa falecida.

Assim, o pretendido doador e o paciente receptor se inscreveriam no sistema de transplante renal pareado em busca de um outro par que sinalize a compatibilidade, nos moldes da ilustração acima. Nessa continuidade, o sistema pareado deverá se constituir de um programa computadorizado, a ser desenvolvido nos moldes do existente nos Estados Unidos, onde algoritmos implementados seriam capazes de realizar as combinações sem qualquer influência humana, levando em conta também a preferência pela proximidade geográfica dos pares.

Dessarte, uma vez verificada a combinação entre exatos dois pares, proceder-se-ia a comunicação para com o Hospital mais viável aos candidatos, para onde estes deverão se encaminhar para agendar a cirurgia. Quanto à questão de locomoção dos pacientes, o ponto merece maiores digressões.

O artigo 194 da Constituição dispõe que:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988)

Com esse sentir, com respaldo nos princípios da universalidade e seletividade, instituídos pelo citado artigo, credita-se o ônus do custeio da locomoção dos pacientes, que não possuem condições financeiras de se deslocar e que não residam na mesma comarca, à União, ao Estado e ao Município, de forma conjunta. Inicialmente, apesar de criar mais uma oneração ao gestor público, a concretização do programa pode levar à conclusão contrária. Conforme já discorrido nesse trabalho, o custo da operação de transplante de órgãos é menos dispendiosa ao governo do que manter os enfermos renais em prolongada hemodiálise. Outro ponto a ser observado é que o transplante *intervivos* custa R\$ 6.383,85 a menos do que a doação *post mortem*, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP (BRASIL, 2018) ²⁰. Logo, o dinheiro economizado dos custos de hemodiálise a longo prazo, bem como o valor abaixo da cirurgia de transplante com doador vivo, poderá ser revertido justamente para o transporte dos pacientes participantes do transplante renal pareado.

De outra sorte, o sistema pareado poderá prever que os pacientes, no momento da inscrição, declarem suas condições econômicas de custear seu deslocamento em âmbito estadual, regional e nacional, devendo, para este fim, apresentar seus comprovantes de rendimento e declaração de imposto de renda. Assim, quando o programa pareado prever uma combinação de pares, tendo um deles declarado sua condição financeira positiva, este deverá se deslocar até o domicílio do par que não ostenta a mesma condição, a fim de concretizar o transplante renal pareado sem a oneração dos cofres públicos.

²⁰ O transplante de rim proveniente de doador vivo custa ao Estado R\$ 21.238,82, enquanto o transplante de órgão de doador falecido onera o gestor público em R\$ 27.622,67. (BRASIL, 2018)

Tal proceder não deve ser entendido como um privilégio às classes mais abastadas pois, se por um lado o par com melhores condições financeiras pode realizar a combinação com qualquer outro par para além da sua região, por outro lado os pacientes que não possuem as mesmas condições também receberão uma chance a mais de combinação dentro da sua circunscrição. Para além, o suposto privilégio dos pacientes com melhores provimentos financeiros não demonstra relevância nenhuma, uma vez que as condições financeiras de qualquer pessoa não deve, em sentido algum, esbarrar no direito à vida e à saúde do paciente, ainda mais quando não constitui qualquer ônus ao governo e demonstra um melhor aproveitamento para o programa pareado.

Além disso, conforme o sistema pareado se desenvolver no país e verificado seu sucesso, seria possível o implemento do modelo norte americano, onde os pacientes não são transportados, mas tão somente o órgão, tendo em vista que o rim possui um prazo de isquemia, compreendido este entre a retirada do órgão do doador e o seu implante no receptor, de 48 horas (BRASIL, 2017), o que confere certa autonomia às equipes transplantadoras e reduziria os custos públicos com o procedimento.

Já no momento de proceder a cirurgia, antes de qualquer ato médico cirúrgico, a equipe atuante deverá confirmar a vontade dos doadores em estabelecer a doação e as cirurgias devem começar simultaneamente, de maneira a evitar a desistência de qualquer envolvido e afastando a possibilidade de um dos receptores restar sem o órgão correspondente.

Quanto aos riscos que o doador poderia incorrer após a cirurgia, estudos demonstram que a prática é segura e não reduz a sobrevida, nem acarreta danos significativos à função renal do doador em longo prazo. Essa noção originou-se do acompanhamento de pacientes por até 45 anos depois da nefrectomia pós-traumática, onde foram relatados que, no acompanhamento de 3.698 doadores de rins entre 1963 e 2007, estes apresentaram sobrevida e riscos de doença renal semelhantes à população em geral (NARKUN-BURGESS *et al.*, 1993; IBRAHIM *et al.*, 2009, *apud* MCANINCH, Jack W., LUE, 2014, p. 553).

Nesse sentido, caberia esse desenvolvimento restritivo do modelo no Brasil, de modo que a experiência e concretização do sistema pareado poderia vir a expandir posteriormente para a aplicação de outros métodos de troca pareada, mas somente quando as bases e as premissas básicas do programa inicial estivessem extremamente consolidadas.

Tal proposta se coaduna com todos os aspectos jurídicos existentes no país, bem como afasta todas as críticas relativas ao transplante renal pareado.

Primeiramente, verifica-se que o sistema pareado nesses moldes respeita a Lei 9.434/97, pois, em que pese a doação não ser diretamente feita ao cônjuge, parente consanguíneo de até quarto grau ou outra pessoa autorizada judicialmente, o transplante é realizado em benefício direto deste, cabendo uma interpretação abrangente do art. 9º da referida lei.

Ademais, percebe-se que todo o sistema jurídico vigente seria plenamente respeitado nos moldes do sistema pareado proposto, posto que os doadores permitidos são os mesmos juridicamente aptos para a doação regular, retirando tão somente a restrição biológica que se impôs ao par em questão, oportunizando que o doador voluntário realize o ato em prol do seu ente querido.

De outro verso, o doador que se inscreve no sistema deve ter seu direito de disposição do próprio corpo respeitado, visto que ele mesmo anui em participar do programa pareado e disponibilizar seu órgão em prol de seu relacionado, não cabendo ao Estado limitar tal ação quando se verifica extrema regularidade do ato.

Além disso, pelos mesmos motivos expostos, percebe-se que a premissa básica do sistema vigente em impor a gratuidade no ato de disposição, não envolvendo qualquer aferimento econômico pelas partes envolvidas, também restará respeitado. Nesse aspecto, os pares seriam relacionados por programa computadorizado, sem qualquer envolvimento prévio, e deve-se ter em mente que o doador só estará disponibilizando seu rim porque seu ente estará também recebendo um, de modo que se ganha na exata proporção que se dá.

Ressalta-se que os pares selecionados seriam exatamente os mesmos que o sistema jurídico vigente autoriza a proceder o transplante, restando esse impossibilitado tão somente por questões biológicas. Nessa perspectiva, se for verificada qualquer irregularidade na doação ou aferimento econômico pelos envolvidos, estes irão responder criminalmente da mesma forma que responderiam se assim procedessem na doação tradicional. Embora o temor da ocorrência de comercialização seja um aspecto preponderante quando se fala no transplante pareado, não se pode perder de vista que existe um sistema jurídico inteiro voltado para o impedimento de qualquer aferimento econômico por parte do doador, bem como impõe duras penalidades quando verificada sua ocorrência.

Outro aspecto que salta aos olhos é a referenciada pequena parcela de pessoas que seriam beneficiadas com o programa, em contraposição a uma possível descredibilidade do programa nacional em vigor. De plano, entende-se que mesmo se essa parcela se constituísse de uma única pessoa, essa é portadora de direitos fundamentais e sua vida merece respeito tanto quanto à de qualquer outro indivíduo. Ainda, observa-se que, no período entre 2015 até

março de 2018, o Brasil registrou 3.775 mortes de pessoas que aguardavam um rim em fila única de espera (ABTO, 2015; 2016; 2017; 2018), de modo que, se ao menos uma dessas vidas pudesse ter sido salva pelo sistema de transplante pareado, o objetivo do modelo restaria satisfeito.

Ainda, os estudos demonstram que a realização de transplante é economicamente mais viável para o Estado a longo prazo do que manter essa população sob tratamento de hemodiálise, de maneira que não resta qualquer ônus financeiro ou moral ao Estado em oportunizar um tratamento que pode salvar a vida dessa população, conferindo efetividade ao direito à vida e à saúde daqueles que se encontram nessa situação. Em corroboração, estudos apontam que o transplante de órgão proveniente de doador vivo confere uma sobrevida maior ao paciente e ao próprio enxerto, como já discorrido.

Com o mesmo proceder, quanto aos referidos gastos financeiros decorrentes da logística dos pacientes candidatos ao transplante renal pareado, percebe-se que o problema é solucionado ante a implementação de algoritmos no sistema que forneçam a preferência de combinações com proximidade geográfica dos pares. Outrossim, o transplante *intervivos* apresenta possivelmente uma redução de custos aos cofres públicos em comparação à hemodiálise a longo prazo e à doação *post mortem*. Para mais, o transplante renal pareado pode vir a oferecer uma vantagem ao sistema atualmente imposto, visto que não ocorrem doações de órgãos entre estados, o que restaria plenamente viabilizado nos moldes propostos.

Assim, não há de falar que o afrouxamento dos critérios existentes no sistema atual em prol do transplante pareado poderia levar a uma descredibilidade, uma vez que nenhum critério é afrouxado, mas sim todos extremamente respeitados, conferindo apenas uma interpretação ampliativa do sistema jurídico vigente em prol dos bens mais sagrados do ser humano, quais sejam o direito à vida e à saúde.

Ante todo o exposto, levando em consideração que o modelo de doação pareada proposto seria realizado a favor receptor já enquadrado nas hipóteses do art. 9º da Lei 9.434/97, a análise do procedimento pareado, à luz do direito à vida, à saúde e à disposição do próprio corpo, merece lugar no ordenamento jurídico brasileiro.

Quanto à forma de regulamentação do sistema pareado no Brasil, percebe-se que, em verdade, suas disposições não são proibidas no país, posto que respeita os critérios da Lei 9.434/97, do Código Civil e da Constituição. Nesse passo, não é exigível uma lei especial para autorizar o procedimento pareado no Brasil.

Dessa forma, sugere-se que a proposta seja encaminhada ao Presidente da República, o qual, em observância à competência privativa deste em “sancionar, promulgar e fazer

publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para sua fiel execução”, prevista no art. 84, inciso IV, da Constituição Federal, deverá acrescentar ao já existente Decreto Lei n. 9.175, de 18 de outubro de 2017, este por sua vez relativo ao Sistema Nacional de Transplantes, fazendo passar a constar na referida norma previsões quanto ao Sistema Nacional de Transplante Renal Pareado, bem como suas disposições e regulamentações, em coadunação ao modelo atualmente existente.

Por fim, com a implementação do sistema de transplante renal pareado proposto, será possível observar as reações sociais e jurídicas que decorrerão, de modo a aparar as arestas do programa pareado e perfectibiliza-lo até o momento em que for verificada a possibilidade de abrangência do transplante renal pareado para além do modelo *2-way Exchange*, incorrendo em cirurgias de maior escala e em outras formas existentes, quais sejam: *3-way Exchange*, *List Exchange*, *Domino-Paired Donation*, *Using Compatible pairs*, e *NEAD Chain*, conforme proposto pelo médico Felix Rapaport e já ilustrado.

4. CONCLUSÃO

Perante todo o exposto no presente trabalho, buscou-se demonstrar a viabilidade jurídica da implementação do transplante renal pareado como garantia ao direito à vida e à saúde dos pacientes portadores de doenças renais, bem como ao direito de dispor do próprio corpo do doador, ao escolher participar da troca pareada. A temática foi desenvolvida por meio do método dedutivo e da técnica de documentação indireta, envolvendo pesquisa bibliográfica, análise de legislações e de artigos jurídicos e médicos sobre o tema.

Em um primeiro momento, foi apresentado o conceito dos direitos fundamentais, utilizando o contexto histórico em que foram desenvolvidos. Após, adentrou-se no direito à vida como um meio de exercício eficaz de todos os demais direitos e liberdade, o que pressupõe uma autêntica garantia para a democracia. De outro vértice, o direito à saúde é encarado como um direito social e se verifica a indispensabilidade em promovê-lo a todos os cidadãos como um instrumento essencial para a manutenção da própria vida, visto que esta só deve ser interrompida pela morte espontânea e inevitável do indivíduo e, fazendo-se evitável o resultado morte, o direito à saúde deve prover os recursos necessários àqueles que nele se socorrem.

Por outro prisma, os direitos fundamentais são entendidos como direitos da personalidade quando se impõe o respeito aos direitos natos do ser humano no âmbito privado. Diante disso, a natureza e as características dos direitos da personalidade foram descritas no decorrer do segundo capítulo, visando conferir uma visão panorâmica sobre o assunto, sem a intenção de exaurir o mesmo. Detalhou-se quanto aos direitos de disposição do próprio corpo, relacionando-se este à doação de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Nessa continuidade, foram avaliadas as principais normas atinentes aos transplantes, com ênfase na Constituição Federal, no Código Civil, na Lei n. 9.434/97 e no Decreto Lei n. 9.175/2017. Com esse proceder, delimitou-se a doação *post mortem* e a doação *intervivos*, esta última permitida tão somente em favor de cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, ou qualquer outra pessoa, esta última mediante autorização judicial.

Nessa sequência, descreveu-se o transplante renal nos atuais moldes previstos no Brasil, sendo brevemente comentadas suas decorrências no âmbito da saúde e das finanças públicas, por meio dos dados fornecidos pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO e demais órgãos. Desse modo, buscou-se trazer à tona a falência do atual modelo de transplante frente às suas insuperáveis carências de órgãos disponíveis para atender toda população portadora de doenças renais. Com esse balanço, restou narrado o contexto pelo

qual o transplante renal pareado surgiu em outros países e seus benefícios com relação à dinamização da fila de espera pelo órgão.

Posteriormente, restou delimitado o contexto em que o transplante renal pareado se circunscreve e utilizou-se o Parecer Consulta n. 5/2018 do Conselho Federal de Medicina como paradigma para a inspeção de congruência entre o transplante pareado e o sistema jurídico brasileiro. Nesse aspecto, primeiramente foi demonstrado que o transplante renal *intervivos* se constitui da melhor forma de doação renal, uma vez que apresenta gastos menos onerosos do que a doação *post mortem*, além de biologicamente oferecer uma maior sobrevivência ao enxerto e ao paciente em comparação ao transplante com órgão de doador falecido. Para além disso, há de se priorizar também a qualidade de vida que o transplante renal *intervivos* oferece ao enfermo, posto que este permanecerá em menos tempo de hemodiálise e recobrará sua saúde tão logo seja possível. No segundo momento, restou sugerida a aplicação do sistema de transplante renal pareado em um modelo restritivo, baseado na forma *2-way Exchange*, discorrendo-se sobre as possibilidades de adaptação do programa para a realidade brasileira.

Dessa forma, restaram rebatidos todos os aspectos do referido parecer ao se propor o citado modelo, de modo a afastar as críticas existentes ao sistema pareado, ao mesmo tempo em que se consolidam os direitos à vida e à saúde dos pacientes renais ao lhes oferecer uma nova oportunidade de tratamento.

Com isso, concluiu-se que o transplante renal pareado na forma *2-way Exchange* possui viabilidade jurídica no Brasil, cabendo sugestão de sua promulgação pelo Presidente da República por meio de alteração ao já existente Decreto Lei n. 9.175, de 18 de outubro de 2017, passando este a prever, no âmbito do Sistema Nacional de Transplante, o Sistema Nacional de Transplante Renal Pareado.

Por fim, com a aplicação do programa em nível nacional, poderão ser avaliados seus efeitos, restando melhor adaptado à realidade nacional e, por conseguinte, passando a ser viável a aplicação dos demais modelos de doação pareada, a fim de expandi-la para cirurgias em maior escala, beneficiando um maior número de pacientes.

REFERÊNCIAS

ABCNEWS (Estados Unidos da América). *Donating a Kidney to a Complete Stranger in Order to Save a Loved One*. Disponível em: <<https://abcnews.go.com/Health/donating-kidney-complete-stranger-order-save-loved/story?id=30288400>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007, p. 9, 11, 13, 17. Disponível em: <<https://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/AGAMBEN-G.-Homo-Sacer-o-poder-soberano-e-a-vida-nua.pdf>> Acesso em 24 mai 2018.

ALEMANHÃ. Assembleia Legislativa. Constituição (1919). *Weimar Germany, 1918/19–1933*, de 11 de agosto de 1919. *The Constitution Of The German Empire Of August 11, 1919 (weimar Constitution)*. Alemanha, 11 ago. 1919. v. 6, p. 1-50.

AMARAL, Francisco. *Direito civil – Introdução*. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003., p. 252.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (Brasil). I FORUM DE BIOÉTICA EM TRANSPLANTE DA AMERICA LATINA E CARIBE: O DOCUMENTO DE AGUASCALIENTES. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. São Paulo, p. 1336-1343. ago. 2010. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2010/3.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (Brasil). **Registro Brasileiro de Transplantes: Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2008-2015)**. 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/anual-n-associado.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (Brasil). **Registro Brasileiro de Transplantes: Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016)**. 2016. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (Brasil). **Registro Brasileiro de Transplantes: Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017)**. 2017. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (Brasil). **Registro Brasileiro de Transplantes: Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: JANEIRO / MARÇO - 2018**. 2018. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/rbt2018-leitura.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO DA MEDULA ÓSSEA (Brasil). **Compatibilidade HLA**. 2018. Disponível em: <<https://ameo.org.br/compatibilidade-hla/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BITTAR, Carlos Alberto. **Os Direitos da Personalidade**, 8ª edição.. Saraiva, 10/2014, p. 29-33.

BORDA, Guillermo A. **Derecho civil: parte general**. Buenos Aires: Perrot, 1953. t. 1, p. 187.

BRANCO A.W., KONDO W., BRANCO FILHO A.J., DEBONI L., GUTERRES J., SILVA A **Nefrectomia Laparoscópica em Doador Vivo: Análise Retrospectiva de 151 Casos**. Rev bras videocir 2007;5(1):19-26.Disponível em:
<https://www.sobracil.org.br/revista/rv050501/rbvc050501_19.pdf> Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Augusto Castro. Senado Federal. **Doença renal crônica leva mais de 120 mil brasileiros para hemodiálise**.2017. Disponível em:
<<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/doenca-renal-cronica-leva-mais-de-120-mil-brasileiros-para-hemodialise>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1924). Lei nº Decreto Legislativo n. 6, de 19 de dezembro de 1935. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934.. **Constituição da Republica dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 18 dez. 1935. p. 1-20. Disponível em:
<<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD19DEZ1935.pdf#page=1>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

_____. GOVERNO DO BRASIL. . **Terapia renal recebe investimento de R\$ 197 milhões: Ministério da Saúde definiu novos valores referenciais para os procedimentos dialíticos; medida beneficiará pacientes renais crônicos**. 2017. Disponível em:
<<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2017/01/terapia-renal-recebe-investimento-de-r-197-milhoes>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. GOVERNO DO BRASIL. . **Informe-se sobre o tempo de isquemia de cada órgão: Coração e pulmões são órgão só resistem por quatro e seis horas, respectivamente, sem irrigação fora do corpo..** 2017. Disponível em:
<<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2016/09/tempo-de-isquemia.jpg/view>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Lei n. 4.280, de 6 de novembro de 1963**. Dispõe sobre sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4280.htm>. Acesso em: 06 jun 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 05 jun 2018.

_____, **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 24 mai 2018.

_____. **Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm>. Acesso em: 05 jun 2018.

_____. **Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997.** Regulamenta a Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm>. Acesso em: 05 jun 2018.

_____. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 05 jun 2018.

_____. **Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm> Acesso em: 16 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Rim: Em quanto tempo serei transplantado?**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/rim>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Sigtap. Ministério da Saúde (Comp.). **Procedimento: 03.05.01.010-7 - HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)**. 2018. DATASUS. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0305010107/06/2018>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Sigtap. Ministério da Saúde. **HEMODIALISE CONTINUA**. 2018. DATASUS. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0305010042/06/2018>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Sigtap. Ministério da Saúde. **TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO)**. 2018. DATASUS. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0505020106/06/2018>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Sigtap. Ministério da Saúde. **TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)**. 2018. DATASUS. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0505020092/06/2018>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

C. Bradley Wallis, Kannan P. Samy, Alvin E. Roth, Michael A. Rees; ***Kidney paired donation, Nephrology Dialysis Transplantation***, Volume 26, Issue 7, 1 July 2011, Pages 2091–2099. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ndt/article/26/7/2091/1896342>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CAVALCANTE FILHO, João Trindade, **Direito Constitucional objetivo : teoria & questões** - Brasília : Alumnus, 2011, p. 87-88.

CECKA JM: ***The OPTN/UNOS renal transplant registry***. Clin Transpl 2004;1–12.

CIARLINI, Alvaro Luis de S. **Direito à saúde – paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição**, 1ª edição.. Saraiva, 04/2013, p. 28.

CIFUENTES, Santos. ***Derechos personalísimos***. 2. ed. Buenos Aires: Astrea, 1995, p. 381-384.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 2.173/2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>> Acesso em: 18 jun 2017.

_____. **Código de Ética Médica: resolução CFM n. 1.931/09**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2018.

_____. **Parecer-consulta nº 5/2018, de 23 de fevereiro de 2018. : A** regulamentação da doação renal pareada ou troca de doadores vivos para transplante renal no país não deve ser implementada dentro do cenário atual do Programa de Transplante Renal no Brasil.. Processo-consulta Cfm Nº 36/2017 – Parecer Cfm Nº 5/2018. Brasília, DISTRITO FEDERAL, 23 fev. 2018. p. 1-6. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/5_2018.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CORNU, Gérard. ***Droit civil: introduction, les personnes, les biens***. 10. ed. Paris: Montchrestien, 2001, p. 214 e s.

COSTA JR., Paulo José da. ***Agressões à intimidade: o episódio Lady Di***. São Paulo: Malheiros, 1997, p. 10.

DE CUPIS, Adriano. ***I diritti della personalità. Milano***: Giuffrè, 1950, p. 67 e s.

DE MATTIA, Fábio M. **Direitos da personalidade: aspectos gerais**. Revista de Direito Civil, Imobiliário, Agrário e Empresarial, ano 2, jan./mar. 1978, p. 39 e 45.

DINIZ, Maria Helena,. **Curso de direito civil brasileiro**. Parte geral. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. v. 1, p. 120, 135.

_____. **Curso de direito civil**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. v. 1. p. 123-124.

_____. **Novo Código Civil comentado**. 2. ed. In: FIUZA, Ricardo. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. **O estado atual do biodireito**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Public Law nº 98-507, de 19 de novembro de 1984**. *To provide for the establishment of Task Force on Organ Transplantation and the Organ Procurement and Transplantation Network, to authorize financial assistance for organ procurement organizations, and other purposes.. Public Law: An Act. 98 STST. 2339. ed. Washington, D.C, 19 nov. 1984*. Seção 301. Disponível em: <<https://history.nih.gov/research/downloads/PL98-507.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **NACIONAL KIDNEY REGISTRY. . NKR Introduces GPS Tracking Technology**: 2010. Disponível em: <https://www.kidneyregistry.org/pages/p114/GPS_PR_81610.php>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. *NACIONAL KIDNEY REGISTRY. . Paired Exchange Results Quarterly Report*. 2016. Disponível em: <https://kidneyregistry.org/pages/p384/NKR_QuarterlyReport2ndQuarter16.php>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ESTADÃO (Brasil). **Orçamento para saúde no Brasil fica abaixo da média mundial, diz OMS**: O Brasil destina à saúde menos do que a média mundial e mais da metade dos gastos acaba sendo paga pelo paciente. Dados publicados nesta quarta-feira, 17, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que, em 2014, 6,8% do orçamento público do governo federal eram destinados ao setor, taxa que caiu desde 2010. No mundo, a média é de cerca de 11,7%.. 2017. Elaborada por Jamil Chade. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,orcamento-para-saude-no-brasil-fica-abaixo-da-media-mundial,70001788024>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FARAH, Elias. **Transplante de órgãos e tecidos humanos**. Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo, v. 14, n. 27, p. 57-103.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FILHO, FERREIRA, Manoel Gonçalves. **Princípios fundamentais do direito constitucional: o estado da questão no início do século XXI, em face do direito comparado e, particularmente, do direito positivo brasileiro**, 4ª edição. Saraiva, 10/2014, p. 96-103.

FOLHA DE PERNAMBUCO (Brasil). **A cada 10 anos, número de pacientes de hemodiálise aumenta 10% no Brasil**: Fenômeno de quadros críticos da doença renal é mundial, relacionado à explosão da hipertensão, diabetes e obesidade. 2017. Elaborada por Renata Coutinho. Disponível em: <<https://www.folhape.com.br/noticias/noticias/cotidiano/2017/03/09/NWS,20394,70,449,NOTICIAS,2190-A-CADA-ANOS-NUMERO-PACIENTES-HEMODIALISE-AUMENTA-BRASIL.aspx>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FRANÇA, Rubens Limongi. **Direitos da personalidade: coordenadas fundamentais**. Revista do Advogado, AASP, 1992, n. 38, p.5- 9.

G1 (Brasil). Globo. **Em um ano, 2,3 mil pessoas morrem à espera de um transplante no país**: Dado, da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, se refere a 2015. Há hoje 31.881 pacientes na lista de espera em todo o Brasil.. 2016. Elaborada por Thiago Reis. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/03/em-um-ano-23-mil-pessoas-morrem-espera-de-um-transplante-no-pais.html>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. Globo. **Gasto de R\$ 20 mi em hemodiálise por ano não garante atendimento no SUS**: Há 1.067 pessoas em tratamento; 81% estão em clínicas pagas pelo GDF. Rede tem máquinas 'abandonadas', déficit de profissionais e dívidas de 2014.. 2016. Elaborada por Raquel Moraes. Disponível em: <<http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2016/06/gasto-de-r-20-mi-em-hemodialise-por-ano-nao-garante-atendimento-no-sus.html>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. Globo. **Pacientes são contaminados com alumínio em hospital em Santo André**:

Das 64 vítimas, 11 permanecem com quantidade de alumínio considerada tóxica para o organismo.. 2018. Elaborada por César Menezes. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/pacientes-sao-contaminados-com-aluminio-em-hospital-em-santo-andre.ghtml>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

G1 (Pernambuco). Globo. **PF prende última integrante de grupo condenado por tráfico de órgãos**: Eldênia Cavalcanti foi presa no Recife, após TRF confirmar condenação. Grupo aliciou 47 pessoas pobres em Pernambuco para venderem seus rins.. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pe/noticia/2013/05/pf-prende-ultima-integrante-de-grupo-condenado-por-traffic-de-orgaos.html>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

GAGLIANO, Pablo Stolze, PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil, v. 1 – Parte geral**, 19^a edição., 19th edição. Editora Saraiva, 2017.

GAUER, Ruth Maria Chittó; MARINHO JUNIOR, Inezil Penna; GAUER, Gabriel José Chittó. **Entre a autonomia pessoal e a proteção estatal: sobre a vedação da comercialização de órgãos humanos e os limites à livre disposição do bem jurídico-penal individual no direito brasileiro**. Revista da Ajuris, v. 34, n. 106, p. 223-241.

GODOY, Cláudio Luiz Bueno de. **A liberdade de imprensa e os direitos da personalidade**. São Paulo: Atlas, 2001, p. 19.

_____. **O direito ao transplante de órgãos e tecidos humanos**. Tese de doutorado apresentada à FDUSP em 1986, p. 6, 127-149.

GOGLIANO, Daisy. **Direitos privados da personalidade**. São Paulo: Quartier Latin, 2012, p. 125.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Coleção Sinopses Jurídicas, v. 1 – Direito civil; parte geral**, 23^a edição., 23rd edição. Editora Saraiva, 2017, p. 72-73.

GOUVEIA, Denise Sbrissia e Silva et al. **Analysis of economic impact among modalities of renal replacement therapy**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, [s.l.], v. 39, n. 2, p.162-171, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170019>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n2/pt_0101-2800-jbn-20170019.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

HALLER, Maria C. et al. **Dialysis Vintage and Outcomes after Kidney Transplantation: A Retrospective Cohort Study**. *Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology*, [s.l.], v. 12, n. 1, p.122-130, 28 nov. 2016. *American Society of Nephrology (ASN)*. <http://dx.doi.org/10.2215/cjn.04120416>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5220655/#!po=43.2203>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. **The Cost of Rights – Why Liberty depends on taxes**. New York: W. W. Norton & Company, 1999, p. 128.

IBRAHIM H. et al.: **Long-term consequences of kidney donation**. *N Engl J Med* 2009;360:459–469.

IRODAT (Espanha). **DATABASE**. 2013. Disponível em:

<<http://www.irodat.org/?p=database#data>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

GIRON, Amilcar Martins, DÉNES, Francisco Tibor, SROUGI, Miguel (coords.). *Urologia*. Manole, 01/2011.

ISTAMBUL. TTS; ISN. . **Declaração de Istambul**. 2008. Elaborada por The Transplantation Society (TTS) e pela International Society of Nephrology (ISN). Disponível em: <<http://www.cremers.org.br/download/declaracaodeistanbul.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

JABUR, Gilberto Haddad. **Liberdade de Pensamento e Direito à Vida Privada: Conflitos entre direitos da personalidade**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000, p. 80.

JORNAL DO BRASIL (Brasil). Terra. **Hemodiálise no país vive um colapso, alertam especialistas**. 2015. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/ciencia-e-tecnologia/noticias/2015/09/30/hemodialise-no-pais-vive-um-colapso-alertam-especialistas/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

KASISKE BK et al.: *Preemptive kidney transplantation: The advantage and the advantage*. J Am Soc Nephrol 2002;13:1358–1364.

LAFARGUE, Paul. **O Direito à Preguiça**, São Paulo: Hucitec; Unesp, 1999, p. 77.

LIMA, Lucas Rister de S.; FERREIRA, Maria Beatriz. **O princípio da reserva do possível, o direito à saúde: e a fila para transplante de órgãos**. Revista de Direito Privado, v. 11, n. 41, p. 106-132.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013; 3. ed. Gen/Atlas, 2015, p. 332 e s., p. 345, 346.

MALUF, Carlos Dabus, MALUF, Adriana Maluf. **Introdução ao Direito civil - 1ª edição**.. Editora Saraiva, 2017, p. 169-214

MCANINCH, Jack W., LUE, Tom F. **Urologia geral de Smith e Tanagho**, 18th edição. AMGH, 01/2014.

MEIER-KRIESCH HU; KAPLAN B: *Waiting time on dialysis as the strongest modifiable risk factor for renal transplant outcomes: A paired donor kidney analysis*. Transplantation 2002;74:1377–1381.

METRÓPOLES (Brasil). **Melhor prevenir: saiba quanto custa a doença renal crônica no Brasil**: Uma sessão de diálise em uma clínica particular pode chegar a R\$ 600. Governo desembolsa R\$ 2,3 bilhões por ano com tratamentos – e é pouco. 2017. Elaborada por Carolina Samorano. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/vida-e-estilo/bem-estar/melhor-prevenir-saiba-quanto-custa-a-doenca-renal-cronica-no-brasil>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MILNER, John et al. *HLA Matching Trumps Donor Age*. *Transplantation Direct*, [s.l.], v. 2, n. 7, p.85-100, jul. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/txd.0000000000000597>. Disponível em:

<https://journals.lww.com/transplantationdirect/fulltext/2016/07000/HLA_Matching_Trumps_Donor_Age___Donor_Recipient.2.aspx>. Acesso em: 20 jun. 2018.

NARKUN-BURGESS DM *et al.*: **Forty-five year follow-up after uninephrectomy.** *Kidney Int* 1993;43:1110–1115.

NONATO, Orozimbo. **Personalidade.** In: CARVALHO SANTOS, J. M.; DIAS, José de Aguiar; GUSMÃO, Sady Cardoso. Repertório Enciclopédico do Direito Brasileiro. Rio de Janeiro: Borsoi, v. XXXVII, [s/d], p. 71.

NOVELINO, Marcelo. **Manual de Direito Constitucional - Volume Único**, 9ª edição. Método, 02/2014, n.p.

OBSERVATÓRIO DO TERCEIRO SETOR (Brasil). **Aumenta fila de espera em hospitais da cidade de São Paulo:** Tempo médio de espera na rede pública para procedimentos complexos é de 359 dias. 2018. Elaborada por Caio Lencioni. Disponível em: <<http://observatorio3setor.org.br/noticias/aumenta-fila-de-espera-em-hospitais-de-sao-paulo/>>. Acesso em: 20 maio 2018.

PARILLI, Ricardo Antequera. **El derecho, los trasplantes y las transfusiones.** Buenos Aires: Publifolha, 2010.

PEROSA, Dr. Marcelo. **Transplante de Rim Intervivos com Doação Renal Pareada.** 2017. Disponível em: <<http://www.transplantedepancreas.com.br/content.asp?IDConteudo=134>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SARLET, 2007, p. 331 Ingo Wolfgang, **A eficácia dos direitos fundamentais.** 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007, p. 330-331.

SCHREIBER, Anderson . **Direitos da Personalidade:** Revista e Atualizada, 3ª edição. Atlas, 10/2014, P. 35, 46.

SEGRE, Marco. **A questão ética e a saúde humana.** São Paulo: Atheneu, 2006, p. 125.

SESSAREGO, Carlos Fernandez. **Derecho a la identidad personal.** Buenos Aires: Editorial Astrea, 1992, p. 7.

SESSO RC, LOPES AA, THOMÉ FS, LUGON JR, MARTIN CT. **Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica** 2016. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 39(3):261. doi:10.5935/0101-2800.20170049. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf> Acesso em 22 jun 2018.

SILVA, Fernanda. **DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA FINS DE TRANSPLANTE: UMA ABORDAGEM QUANTO A PROBLEMÁTICA DA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO BRASIL.** 2010. 120 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Salgado de Oliveira, Goiânia, 2010. Cap. 1. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/doacao_de_orgaos_e_tecidos_para_fins_de_transplante_uma_abordagem_quanto_a_problemativa_da_captacao_de_orgaos_e_tecidos_no_brasil.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SIMERS (Rio Grande do Sul). **Na fila de espera: a realidade enfrentada pela população que busca atendimento**. 2017. Disponível em: <<http://www.simers.org.br/2017/03/na-fila-de-espera-realidade-enfrentada-pela-populacao-que-busca-atendimento/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (Brasil). **Transplante Renal**. 2018. Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SOUSA, Rabindranath V. A. Capelo de. **O direito geral da personalidade**. Coimbra: Coimbra Editora, 1995, p. 65.

SUPER INTERESSANTE (Brasil). **Quantos órgãos acabariam com a fila de transplantes no Brasil?** 2004. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/saude/quantos-orgaos-acabariam-com-a-fila-de-transplantes-no-brasil/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SZANIAWSKI, Elimar. **Direitos de personalidade e sua tutela**. São Paulo: RT, 1993. p. 271.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil - Vol. 1 - Lei de Introdução e Parte Geral**, 13ª edição. Forense, 12/2016.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2008.

THE NEW YORK TIMES (Estados Unidos da América). **60 Lives, 30 Kidneys, All Linked: FROM START TO FINISH A donation by a Good Samaritan, Rick Ruzzamenti, upper left, set in motion a 60-person chain of transplants that ended with a kidney for Donald C. Terry Jr., bottom right**. Credit. 2012. Elaborado por Kevin Sacks. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2012/02/19/health/lives-forever-linked-through-kidney-transplant-chain-124.html?_r=0>. Acesso em: 20 jun. 2018.

TERRA, Fábio de Souza et al. LILACS - **As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise**. Rev Bras Clin Med, São Paulo, v. 8, n. 3, p.187-192, 2010. Bimestral. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a001.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

TRINDADE, André Fernando Reis. **Manual de direito constitucional**, 2ª edição.. Saraiva, 11/2014, p. 83.

VIVEK B. Kute, et al.; *Seventy-seven kidney paired donation transplantations at a single transplant centre in India led to an increase in living donor kidney transplantations in 2015*, *Clinical Kidney Journal*, Volume 10, Issue 5, 1 October 2017, Pages 709–714.

WIKIPEDIA (Brasil). **Ciclosporina**. 2018. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Ciclosporina>>. Acesso em: 20 jun. 2018.