

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

**TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS:
IMPLICAÇÕES E LIMITES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS
Um Estudo Sobre a Região Sul**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Sociologia Política.

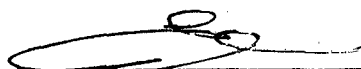
Marise Nolasco Pereira

Florianópolis, novembro de 2000

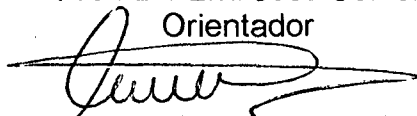
**TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS:
IMPLICAÇÕES E LIMITES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS
Um Estudo Sobre a Região Sul**

Marise Nolasco Pereira

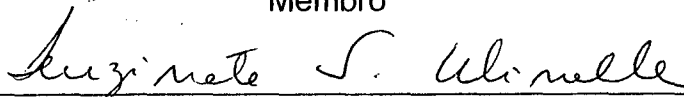
Esta Dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pela Orientador e Membros da Banca Examinadora, composta pelos Professores:



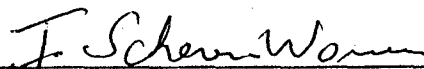
Prof. Dr. Erni José Seibel
Orientador



Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Membro



Profa. Dra. Luzinete Simões Minella
Membro



Profa. Dra. Ilse Scherer-Warren
Coordenadora

Florianópolis, Novembro de 2000.

Para minhas filhas Maitê e Tamara, com
muito amor.

Para minha mãe, por seu amor e incentivo.

Para meu pai, por seu amor e incentivo,
com saudade.

Agradecimentos

Para Professor Seibel, por sua competente orientação, incentivo e amizade.

Para as Professoras Luzinete Minella e Sandra Caponi, membros da Banca Examinadora, pela seriedade no exame deste trabalho.

Para Coordenação do Curso, pela compreensão e atendimento prestativo às solicitações requeridas.

Para o Corpo Docente do Curso, por contribuir com minha formação acadêmica.

Para Albertina e Fátima, pelo atendimento prestativo na secretaria do Curso.

Para Manoel Américo de Barros Filho, Secretário da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, que possibilitou a frequência ao Curso.

Para os colegas e amigos Cleusa, Pedro Paulo e Silvio, da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, por compreender minha ausência ao trabalho.

Para a amiga Selma, que foi a primeira coordenadora do SNT, por sugerir o tema deste trabalho e emprestar material sobre o assunto.

Para Luiz Carlos Konescki, Diretor do Instituto de Identificação de Florianópolis (SC), pela presteza no fornecimento dos dados solicitados e permitir o acesso para a pesquisa naquele local.

Para a equipe do Instituto de Identificação de Florianópolis (SC), por conduzir as pessoas à nossa entrevista.

Para as pessoas que entrevistamos no Instituto de Identificação de Florianópolis (SC), por sua participação na nossa pesquisa.

Para José Rubens de Carvalho (Coordenador) e sua equipe, da TRANSCAP de Florianópolis (SC), pelos dados fornecidos e participação na nossa pesquisa.

Para Luciane Mônica Deboni (Coordenadora) e Cássia, da CNCDO de Joinville (SC), pelos dados fornecidos e participação na nossa pesquisa.

Para Ivana Maura Kaminski (Coordenadora) e sua equipe, da Central de Transplantes do Paraná, pelos dados fornecidos e participação na nossa pesquisa.

Para Roberto Schlindwin (Coordenador) e sua equipe, do Programa de Doação de Órgãos e Transplantes do Rio Grande do Sul, pelos dados fornecidos e participação na nossa pesquisa.

Para minha mãe e minha irmã Denise, por cuidarem das minhas filhas, em muitos momentos, para a realização deste trabalho.

Para a amiga Ivonete, pela leitura criteriosa e sugestões neste trabalho.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

**TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS:
IMPLICAÇÕES E LIMITES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS**
Um Estudo Sobre a Região Sul

Mestranda: Marise Nolasco Pereira

Orientador: Prof. Dr. Erni J. Seibel

Florianópolis, outubro de 2000

Sumário

Resumo	iv
Abstract	v
1. Introdução	1
1.1. Definição da Problemática	1
1.2. Objetivos da Pesquisa	3
1.3. Justificativa	4
1.4. Hipóteses	5
1.5. Metodologia Aplicada	6
1.6. A Organização do Trabalho	6
2. O Sistema Nacional de Transplantes (SNT): Legislação e Organização	8
2.1. Legislação	8
2.1.1. Formalização da Doação - Disposição para <i>post mortem</i>	15
2.1.2. Formalização da Doação - Disposição do corpo vivo	17
2.2. Organização do Sistema Nacional de Transplantes (SNT)	20
2.2.1. Procedimentos de Retirada do Órgão Doador	32
2.2.2. Etapas do Processo de Doação	36
2.3. Lista de Receptores e Distribuição de Órgãos	40
2.4. Repercussão e Debates da Lei de Transplantes de 1997	52
3. A Questão da Confiança nas Instituições e dos Critérios de Justiça Distributiva	60
3.1. Confiança nas Instituições	60
3.2. Critérios de Justiça	73

4. Observações Empíricas Sobre a Opção de Doação de Órgãos e os Critérios de Distribuição de Órgãos para Transplante	85
4.1. Instituto de Identificação de Florianópolis	85
4.2. Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para Transplantes (CNCDOs) do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul	94
4.2.1. Santa Catarina	95
4.2.2. Paraná	97
4.2.3. Rio Grande do Sul	97
4.2.4. Síntese dos Dados Levantados nas CNCDOs	98
4.2.4.1. Perfil das Equipes das CNCDOs Pesquisadas	98
4.2.4.2. Organização Administrativa das CNCDOs	98
4.2.4.3. Resultado da Avaliação dos Técnicos das CNCDOs Sobre a Captação e Critérios de Distribuição de Órgãos para Transplantes	100
5. Considerações Finais	105
Bibliografia	109
Anexos	113

Resumo

Trabalhando com os problemas que envolvem a questão dos transplantes, esta dissertação analisa os dados levantados através de pesquisa empírica no Instituto de Identificação de Florianópolis (SC) e nas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para Transplantes (CNCDOs) da região Sul do País.

Partimos do pressuposto de que a eficácia do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) está fortemente influenciada pelo grau de legitimidade das instituições vinculadas às ações de captação e distribuição de órgãos para transplantes e que a escassez de princípios de justiça distributiva, nos critérios de distribuição de órgãos para transplantes, ocorre porque tais critérios estão sendo produzidos no âmbito da tecnocracia estatal, por realidades expressas pelos fatos e avaliação da mídia. Assim, centramos nosso trabalho relativo à identificação dos limites e possibilidades político-institucionais, na implantação de programas de saúde em procedimentos de alta complexidade, no caso do SNT, na captação e distribuição de órgãos para transplantes.

Frente às hipóteses formuladas, a análise mostra que o baixo grau de legitimidade das instituições gera desconfiança no sistema de saúde que, no caso do SNT, materializa-se pelo baixo índice de *doação de órgãos para transplante*. No tocante à escassez dos princípios de justiça distributiva, nos critérios de distribuição de órgãos para transplante, concluímos que ela se dá porque aparentemente há pouca percepção dos atores envolvidos na questão que as decisões relativas à garantia da vida (por serem geradoras de conflitividade e tensão) precisam estar pautadas num amplo debate público.

Abstract

Working with the problems that involve the transplant issues this dissertation analysis data surveyed through empiric research in the Identification Institute of Florianópolis (SC) and at the Notification Centrals, Organs for Transplant Intake and Distribution (NCOID) in the South region of the Country.

From presupposition that the effectiveness of the Transplants National System (TNS) is strongly influenced by the institution legitimacy levels bonded to the organ transplant intake and distribution actions and the distributive court principles shortages in transplant organ distribution criteria are being produced at the state technocracy by the expressed reality through the facts and media assessment. Thus, it was centered the work related to the political-institutional limit and possibility identifications for health program implementation in high complexity procedures, in the case of TSN in organ transplant intake and distribution.

From formulated hypothesis the analysis shows that the low legitimacy level in the institutions generates distrust in the health system, that in the case of TNS is materialized by the low index of *transplant organ donation*. Due to the lack of distributive court principles, in the organ transplant distribution criteria, it was concluded that it happens because apparently there is few actor perceptions involved in the questions that the decisions related to life guarantee (for being generators of conflict and tension) need to the highlighted in a broad public debate.

Introdução

1.1. Definição da Problemática

A proposta deste trabalho é identificar os limites e possibilidades das ações político-institucionais na implantação de programas de saúde de *procedimentos de alta complexidade*¹, particularmente no caso dos procedimentos de transplantes de órgãos, na captação e distribuição de órgãos para transplantes.

Embora a atividade transplantadora seja uma tecnologia desempenhada no Brasil desde a década de 80, por exemplo, em estados como São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, não havia um Sistema Nacional de Transplantes (SNT) organizado até 1997.

A necessidade de organização da atividade transplantadora por um Sistema Nacional teve como fator desencadeante razões técnicas. A razão técnica, apontada pela classe médica, era de que não havia um sistema eficiente de *captação* de órgãos no País e que, sem isso, a nova lei de transplantes (1997) tornar-se-ia inócua (Revista ISTO É, 22 de janeiro de 1997-pag.12). A preocupação dos técnicos do Ministério da Saúde, dava conta de que não havia um sistema eficiente de *distribuição* de órgãos no País. Esta relacionava-se diretamente com a lista única de espera para recepção do órgão doado (MENEZES, LOCH e SANTOS, 1999:3).

A criação da nova lei de transplantes (de 1997) e a organização do SNT, garantiram a disponibilização de órgãos para transplantes. Entretanto, tais medidas por

¹ Os serviços que compõem o sistema de procedimentos de alta complexidade do Ministério da Saúde são aqueles que têm alto custo de implantação e manutenção de infraestrutura e equipamentos e que correspondem ao nível de atenção terciário em saúde conforme a classificação de Leavell e Clark.

si só não significam que o problema do desequilíbrio entre a necessidade e a disponibilização de órgãos esteja solucionada. A existência de uma cultura de doação de órgãos seria um ingrediente muito importante na composição de medidas como estas (a nova lei e o SNT).

Sabe-se que nos países onde a cultura da doação de órgãos está consolidada, o desequilíbrio observado entre as listas de espera e de doadores é bem menor. Estatísticas de 1999 projetaram que, nos Estados Unidos, havia 20 doadores para cada milhão de habitantes ao ano e, na Europa, cerca de 40 doadores; no Chile e na Argentina, 10 doadores para cada milhão de habitantes ao ano. No Brasil, esta relação seria de 4 doadores.(ALCÂNTARA,1999)

Neste sentido, o grande problema existente, na época da criação da nova lei de transplantes e implantação do SNT, era a imensa fila de espera para transplantes.

Assim, pensamos que fazer um estudo da atuação do SNT é ainda precoce, pois ele foi implantado somente há três anos (1997). Sua estruturação teve diretrizes estabelecidas somente há dois anos (1998). Em função da precocidade do sistema, mas considerando a importância do tema, optamos por dedicar-nos às questões normativas consideradas, que envolvem avaliações, governamentais e não-governamentais, em torno deste projeto. Entendemos que tanto quanto os problemas de ordem clínica e burocrática que envolvem a questão, os fatores de confiança nas instituições e critérios de justiça distributiva necessitam de explicitação neste momento de implantação do sistema.

Com estes argumentos, parece-nos pertinente tentar discutir e pesquisar os critérios considerados para a tentativa de fazer uma análise do SNT.

1. 2. Objetivos da Pesquisa

Geral:

Identificar limites e possibilidades das ações político-institucionais na implantação de programas de saúde, no caso do sistema de transplantes de órgãos, na captação e distribuição de órgãos para transplantes que são procedimentos de *alta complexidade*.

Específicos:

- a) Analisar o problema da confiança nas instituições na relação Estado-Sociedade no Brasil, particularmente nas políticas públicas de saúde e suas consequências no aspecto do SNT, na captação e distribuição de órgãos para transplantes. O universo de pesquisa, para atingir este objetivo, foi o Instituto de Identificação de Florianópolis², mais particularmente o público que vai ao Instituto para obter Carteira de Identidade. É no momento de fazer a Carteira de Identidade que o cidadão deve optar por *ser doador* ou *não ser doador de órgãos, tecidos e partes para transplante*. É, portanto, o momento de uma decisão, já avaliada ou não, onde os fatores relativos a este objetivo específico de nosso trabalho, a confiança nas instituições, aparece de forma mais expressa; e
- b) Identificar os critérios, enquanto princípios distributivos de justiça, através da organização de informações que orientam a ação dos técnicos que operam e organizam o SNT e suas implicações na distribuição de órgãos para transplantes. O

² Esclarecemos que, embora no Brasil a opção da doação de órgãos para transplantes é obrigatória na Carteira de Identidade e na Carteira de Motorista, optamos por fazer nossa pesquisa no Instituto de Identificação e não no DETRAN, ou também no DETRAN, porque todas as pessoas devem ter Carteira de Identidade. Porém, é opcional ter Carteira de Motorista, pois somente as pessoas que querem dirigir veículos estão obrigadas a possuir a Carteira Nacional de Habilitação.

universo desta pesquisa são as CNCDOs do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Entrevistamos os técnicos que atuam nestes locais.

1. 3. Justificativa

Nossa pesquisa tem como recorte a região Sul do País, ou seja, os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

O estudo do SNT, enfoca a região Sul do País porque os três estados compõem as CNCDOs da região Sul, junto ao SNT. Todos os tipos de transplantes de órgãos, atualmente realizados, pela *rede SUS de alta complexidade*, estão contemplados nesta região, para os usuários deste sistema.

A questão da confiança nas instituições, no tocante aos serviços de saúde no Brasil, tem tido importância recentemente, principalmente devido a denúncias frequentes, através da mídia, sobre os descasos pela saúde pública.

As mortes dos idosos na Clínica Santa Genoveva (RJ), 1996; o número crescente de pessoas buscando por seus direitos na justiça porque foram vítimas de planos de saúde que excluíam a cobertura de doenças com tratamento de alto custo (ex: câncer, transplantes) em 1996, e também tragédias da saúde pública brasileira como a ocorrida na cidade de Caruaru (PE), em 1996, na qual morreram doentes renais crônicos, por uma hepatite tóxica, a partir da contaminação das máquinas de hemodiálise, são exemplos, de acidentes recentes relativos à confiança na instituição saúde.

No caso de Caruaru, a necessidade dos doentes crônicos de se submeterem ao tratamento de hemodiálise poderia ter sido evitada se houvesse um incentivo do setor público no tratamento da insuficiência renal crônica através de transplante de rim. Essa

tragédia poderia ter sido evitada, se a clínica de hemodiálise houvesse seguido, adequadamente, a regulamentação existente, ou se o setor público houvesse detectado o mau estado dos equipamentos. Ao nosso ver, portanto, embora não oficialmente correlacionado com a organização do Sistema Nacional de Transplantes, Caruaru demonstrou, de uma maneira trágica, a má gestão institucional do Estado, tanto na fiscalização e supervisão dos serviços conveniados de hemodiálise, como na necessidade de organização da atividade transplantadora no País.

Assim, a realização desta pesquisa tem, na recente implantação do SNT e nos problemas que envolvem a questão, seu maior sentido de investigação, pois estes recolocam o problema na agenda de estudos.

1. 4. Hipóteses

H₁ : O grau de legitimidade das instituições, principalmente as governamentais, está dado, pela relação Estado-Sociedade. Por sua vez, as políticas públicas de saúde estão referendadas pela herança histórico-institucional que permeia as políticas sociais. Assim, pressupomos que a eficácia do SNT está fortemente influenciada pelo grau de legitimidade das instituições que organizam este serviço.

H₂ : A escassez de critérios de justiça que orientam os processos decisórios nos vários níveis do SNT, na distribuição de órgãos para transplantes, ocorre em virtude da ausência ou de pouca tradição que norteie estes processos decisórios, pautados nos critérios de justiça distributiva. Neste sentido, pressupomos que os critérios de distribuição de órgãos para transplante sejam produzidos no âmbito da tecnocracia estatal, por constatações expressas pelos fatos e avaliação da mídia.

1. 5. Metodologia Aplicada

O método geral do trabalho é hipotético-dedutivo, e as técnicas de pesquisa são basicamente três:

1.5.1. Pesquisa bibliográfica sobre os temas apontados, ou seja, critérios de justiça distributiva, confiança nas instituições (legitimidade) e cultura cívica (solidariedade e participação cívica).

1.5.2. Análise de documentos e dados estatísticos em órgãos de pesquisa, no Ministério da Saúde, nas sociedades de especialistas de medicina, banco de dados de jornal de grande circulação no País e de jornal do estado de Santa Catarina etc., relativos à implantação do SNT.

1.5.3. Pesquisa empírica através de entrevistas previstas e orientadas por roteiro no formato de entrevistas diretivas (anexos 1 e 2). As entrevistas foram realizadas:

- a) Com pessoas no momento da decisão de *ser* ou *não ser doador* de órgãos para transplantes no Instituto de Identificação de Florianópolis, fazendo sua Carteira de Identidade. Neste caso, buscamos compreender o que permeia a decisão da doação de órgãos.
- b) Com técnicos das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para Transplantes do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Neste caso, buscamos a avaliação dos técnicos destas CNCDOs quanto à captação e critérios de distribuição de órgãos para transplantes.

1. 6. A Organização do Trabalho

Para responder o problema de pesquisa colocado e as hipóteses formuladas, esta dissertação (dividida em quatro capítulos) é composta das seguintes partes:

- a) apresentação da legislação dos transplantes e a organização do SNT (capítulo 2);
- b) pesquisa teórica, a partir dos conceitos apontados nas hipóteses e que se sobressaíram na pesquisa empírica (capítulo 3);
- c) apresentação da pesquisa empírica (capítulo 4); e
- d) verificação das hipóteses e considerações finais (capítulo 5).

Capítulo 2

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT): Legislação e Organização

2.1. Legislação

A tecnologia de transplantes de órgãos resultou de estudos experimentais realizados no início do século XX. O Prêmio Nobel foi concedido a Alexis Carrel, em 1912, por seu trabalho pioneiro neste campo da medicina. Entretanto, esta tecnologia só se desenvolveu, suficientemente, a partir da Segunda Guerra Mundial. Na atualidade, é uma prática universal, disponível e reconhecida como *prática terapêutica* pela medicina³.

No Brasil, é reconhecido o trabalho pioneiro de Eurípides Zerbini, iniciado com sucesso na década de 60. Porém, foi somente a partir da década de 80 que esta tecnologia passou a ganhar maior vulto em nosso país. Os estados de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, por exemplo, têm se destacado nesta área.

Atualmente, sabe-se que pesquisas de clonagem, realizadas em países como a Inglaterra e Estados Unidos, têm a perspectiva da clonagem de órgãos, em substituição à prática de transplantes de órgãos doados *post mortem* ou do corpo vivo.

³ Sobre o histórico dos transplantes de órgãos ver, por exemplo:
ENCICLOPEDIA BARSÁ, vol 15 :173-4, Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações Ltda. Rio de Janeiro – São Paulo, 1995.
MANUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ. Central de Transplantes do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba, 1995-1996.
VARGAS, Andrew C. Problemas de Bioética. Editora UNISINOS. São Leopoldo, 1998.

O xenotransplante (transplante de órgãos de animais em seres humanos) e os órgãos artificiais também são motivo de pesquisas científicas como fonte de disponibilização para enxertos de órgãos, em seres humanos, no futuro.

A primeira lei brasileira⁴ que fala sobre a extirpação de órgão ou tecido *post mortem* data de 1963 (Lei nº 4.280, de 06 de novembro de 1963)⁵. Mas esta não especifica a regulamentação da doação de órgãos. Assim, a primeira lei brasileira a regulamentar a doação de órgãos é de 1968 (Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968)⁶. Esta lei previa a doação de órgãos para transplante através de autorização expressa do disponente e consulta à família⁷. Porém, apesar de apresentar múltiplos problemas jurídicos, a legislação de 1968 vigorou até a aprovação da nova lei (Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992)⁸, quando foi decretada a lei dos transplantes. Esta lei mudou o enfoque que vinha sendo adotado pela lei anterior, na qual a retirada de órgãos *post mortem* só era possível mediante doação (NETO, 1993) citado por ALMEIDA e MUÑOZ (1995:119). A necessidade desta mudança ocorreu devido à prática transplantadora com alto grau de aprimoramento técnico no País a partir da década de 80.

No decorrer de nossa pesquisa, analisando o banco de dados de jornais e revistas, observamos que, em geral, a mídia apresentou o princípio da *doação presumida* como uma inovação da lei de 1997. No entanto, ALMEIDA e MUNOZ

⁴ Salientamos que optamos em nosso trabalho nos referirmos às leis sobre transplantes, de acordo com os textos dos títulos das mesmas. Por exemplo, na lei de 1963 o título é que “Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida”, e assim por diante, nos referimos deste modo para todas as leis. Ver no anexo deste trabalho a reprodução das referidas leis.

⁵ Anexo 3.

⁶ Anexo 4.

⁷ A lei refere que a manifestação expressa da vontade do disponente dar-se-á através de instrumento público.

⁸ Anexo 5.

(1995:119) observam que a lei dos transplantes de 1992 adotou a postura do *consentimento presumido*, permitindo a retirada dos órgãos, caso não houvesse manifestação em contrário, de cônjuge, ascendente ou descendente, e na ausência de documento do disponente. Apresentamos a idéia de *consentimento presumido* de que falam os autores, reproduzindo o art. 3º da Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992:

Art. 3º A permissão para o aproveitamento, para fins determinados na artigo 1º desta Lei, efetivar-se-á mediante a satisfação das seguintes condições:⁹

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

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

Observamos, no inciso II deste artigo, que a idéia de *consentimento presumido* está expressa como decisão informada pela pessoa em vida e, na ausência desta e da manifestação da família em contrário à doação, presume-se a doação consentida. No entanto, os mesmos autores analisam que o decreto que regulamentou a lei, em seu artigo 31 (Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993¹⁰ – parágrafo 7º), a despeito de ser mantida a idéia central do *consentimento presumido*, teve efeito retroativo à posição conservadora: “*se o cônjuge, ascendente ou descendente não se opuser à retirada do tecido, órgão ou parte do corpo do seu familiar, e não houver manifestação da vontade, em vida, do falecido contrária àquela utilização, o dirigente do hospital exigirá dos familiares documento escrito e assinado com a autorização*”.

⁹ O art. 1º desta lei refere-se à disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo “post mortem” para fins terapêuticos e científicos.

¹⁰ Anexo 6.

Inclusive nos casos em que houvesse a *sujeição de cadáver à necrópsia*, a lei dos transplantes de 1992 devido a sua redação, dificultava a *retirada dos órgãos para transplantes*, em termos práticos. Apresentamos este fato conforme ALMEIDA e MUNÕZ (1995:120) em sua análise sobre a matéria (a lei dos transplantes de 1992 e o decreto n° 879, que a regulamenta) : “ *O artigo 7° da lei e o artigo 10° do decreto são similares em sua redação e mencionam que a retirada de partes do cadáver sujeito, por força da lei, à necrópsia ou à verificação diagnóstica da causa mortis, deverá ser autorizada por médico-legista e citada no relatório de necrópsia ou de verificação diagnóstica. No entanto, os parágrafos 1°, 2°, 3°, e 4° do artigo do decreto não são sintônicos com o caput do mesmo, referindo apenas comunicação através de relatório circunstanciado.*” No parecer dos autores, a expressão “será autorizada por” deveria ser abolida e substituída por “deverá ser comunicada ao”. Para os autores, essa modificação, além de conferir clareza á lei, viabilizaria a retirada do órgão, em termos práticos. Entendemos que a viabilização, à qual os autores se reportam, refere-se principalmente ao tempo decorrido entre a retirada do órgão do doador e o transplante.¹¹ A decorrência disto foi citada como fator limitador ao desenvolvimento e á utilização da tecnologia de transplantes. Assim, embora a postura do *consentimento presumido* ser adotada no Brasil, justamente, na perspectiva do crescimento da atividade transplantadora, na prática isto não ocorreu.

Por um lado, estes fatos, motivaram a pressão por parte dos médicos que atuavam nesta atividade, sobre deputados e senadores, que foram sensibilizados no sentido de haver a necessidade de uma nova legislação para os *transplantes de órgãos*.

¹¹ O tempo de viabilidade do órgão doado para transplante é referido neste trabalho no item “Etapas do Processo de Doação”.

Por outro lado, as tragédias da saúde pública brasileira, como a ocorrida na cidade de Caruaru (PE)¹² contribuíram, por sua repercussão na mídia para estimular o debate na imprensa sobre o problema dos transplantes. Assim, em 04 de fevereiro de 1997, foi decretada a Lei da doação de órgãos (Lei nº 9.434)¹³ que, além de outras providências, cria o Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

A Lei nº 9.434 mantém e garante a *doação presumida* e a *doação em vida*, de que já tratava a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992.

Segundo o princípio da *doação presumida*, no caso do *doador-cadáver*, presume-se : doador de tecidos, órgãos ou partes do corpo, todos os brasileiros, a menos que se declarem, em vida, na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação, da vontade em contrário¹⁴. A *doação em vida* trata da disposição gratuita e permitida por pessoa maior e capaz, de tecidos ou partes do próprio corpo vivo, para fins humanitários e terapêuticos.

Segundo ALCÂNTARA (1998:23) há três tipos de legislação sobre transplantes de órgãos que vigoram no mundo. São elas: *doação informada*, *presumida forte* e *presumida fraca*.

A *doação informada* é a mais comum. A pessoa autoriza em vida a doação de seus órgãos ou a família permite a retirada para transplante.

A *doação presumida forte* acontece na Áustria. A pessoa ,em vida, deve registrar em documentos que não deseja ser doador. Do contrário, *post mortem* seus órgãos podem ser transplantados, *sem* que se exija, para isto, *o consentimento da família*.

¹² Porém, conforme os técnicos da atividade transplantadora, Caruaru, não tem relação com a organização do SNT.

¹³ Anexo 7.

¹⁴ Conforme artigo 14 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

A *doação presumida fraca* ocorre na Bélgica e Itália. A pessoa é um *doador presumido*, se não registrar desejo contrário no documento de identificação. *Post mortem*, os órgãos deste doador *só são* transplantados *com a autorização da família*.

No Brasil, a legislação sobre transplantes de órgãos, no tocante à *doação*, passou pelos três tipos de legislação que vigoram no mundo, ou seja, na lei de 1968, a permissão para a retirada do órgão *post mortem* era por *doação informada*. Na lei de 1992, embora prevista a *doação presumida fraca*, também vigorava a *doação informada*. E, na nova lei sobre transplantes, de 1997, passa a valer a *doação presumida forte*.

A lei de 1997, em seu art. 4º, trata da autorização da doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica *post mortem*. A seguir, reproduzimos, por completo, este artigo da lei:

Art. 4º Salvo manifestação em contrário, nos termos desta Lei presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica *post mortem*.

§ 1º A expressão “não doador de órgãos e tecidos” deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição.

§ 2º A gravação de que trata este artigo será obrigatória em todo o território nacional a todos os órgãos de identificação civil e departamentos de trânsito, decorridos trinta dias da publicação desta Lei.

§ 3º O portador de Carteira de Identidade Civil ou de Carteira Nacional de Habilitação emitidas até a data a que se refere o parágrafo anterior poderá manifestar sua vontade de não doador de tecidos, órgãos ou partes do corpo após a morte, comparecendo ao órgão oficial de identificação civil ou departamento de trânsito e procedendo à gravação da expressão “não-doador de órgãos e tecidos”.

§ 4º A manifestação feita na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação poderá ser reformulada a qualquer momento, registrando-se, no documento, a nova declaração de vontade.

§ 5º No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes, quanto à condição de doador ou não, do morto, prevalecerá aquele cuja emissão for mais recente.

Porém, esta lei de transplantes (1997) não foi bem aceita pela população, em geral, provocando polêmica e desconfiança. Na época, divulgaram-se na mídia manifestações de apoio e de rejeição a esta lei, particularmente, em relação ao *princípio da doação presumida*.

Muitos reagiram, optando por *não ser doador de órgãos* na Carteira de Identidade e na Carteira de Motorista. Por outro lado, o Conselho Federal da Medicina (CFM) orientou a classe médica para, somente, proceder à retirada de órgãos e/ou tecidos *post mortem com o consentimento da família*, mesmo contrariando a lei vigente. Assim o Governo Federal, através da Medida Provisória nº 1.718, de 06 de outubro de 1998¹⁵, acrescenta no artigo 4º da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, o parágrafo 6º, expressando que “*na ausência de manifestação de vontade do doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção*”.

Com a Medida Provisória nº 1.718, na nova Lei da doação de órgãos (de 1997), passou a vigorar a *doação presumida fraca*.

Pensamos que a *doação presumida fraca* é a mais adequada para a nossa cultura. Nesta afirmação, consideramos principalmente a questão da desconfiança nas instituições, em nosso meio. Há notícias de denúncias neste sentido, diariamente, na mídia. A saúde, porém, não é um caso isolado quanto à sua atuação em relação a este

tipo de desconfiança, pois outras instituições do País, como a polícia e a justiça, têm deixado a desejar.

O *princípio da doação presumida*, de acordo com pronunciamento do senador Lúcio Alcântara, é considerado por especialistas e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), como o que permite maior captação de doadores. (ALCÂNTARA, 1999)

No entanto, é inócuo ter doadores e não ter um sistema de captação de órgãos eficiente. Assim, acreditamos que seja possível resgatar a confiança nas instituições pelo trabalho com qualidade técnica amparada por uma legislação adequada. Constatamos ainda, em nossa pesquisa apresentada neste trabalho, a solidariedade também como motivação de bastante peso em nosso meio. Portanto, entendemos que a consciência da solidariedade, já presente entre nós, represente um fator bastante positivo para melhorar os números de doação de órgãos.

Os avanços científicos se encaminham para as possibilidades de realização de transplantes de órgãos clonados, xenotransplantes e órgãos artificiais. Supomos que, em um momento vindouro, as polêmicas e debates certamente serão diferentes das que ocorrem na atualidade em torno da doação (ou no futuro, “da provisão”) de órgãos para transplantes.

2.1.1. Formalização da Doação - *Disposição para “post mortem”*

¹⁵ Anexo 9.

A formalização da doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica *post mortem* está expressa no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997¹⁶ no art. 14, que reproduzimos na íntegra:

Art. 14. 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.

Nota nossa: Lembramos que a Medida Provisória nº 1.718 de 06 de outubro de 1998, modifica também este artigo no que se refere a obrigatoriedade de consulta à família do falecido, na ausência de sua manifestação em vida de objeção à doação.

§ 1º A manifestação de vontade em sentido contrário à retirada de tecidos, órgãos e partes será plenamente reconhecida se constar da Carteira de Identidade Civil, expedida pelos órgãos de identificação da União, dos Estados, e do Distrito Federal, e da Carteira Nacional de Habilitação, mediante inserção, nesses documentos, da expressão “não-doador de órgãos e tecidos”.

§ 2º Sem prejuízo para a validade da manifestação de vontade, como doador presumido, resultante da inexistência de anotações nos documentos de pessoas falecidas, admitir-se-á expressa para retirada, após a morte, na forma prevista no Decreto nº 2.170, de 04 de março de 1997, e na resolução nº 828, de 18 de fevereiro de 1977, expedida pelo Conselho Nacional de Trânsito, com a anotação “doador de órgãos e tecidos” ou, ainda, a doação de tecidos, órgãos ou partes específicas, que serão indicados após a expressão “doador de ...”.

§ 3º Os documentos de que trata o § 1º deste artigo venham a ser expedidos, na vigência deste Decreto, conterão, a pedido do interessado, as indicações previstas nos parágrafos anteriores.

§ 4º Os órgãos públicos, referidos no § 1º, deverão, incluir, nos formulários a serem preenchidos para a expedição dos documentos ali mencionados, espaço a ser utilizado para quem desejar, manifestar, em qualquer sentido, a sua vontade em relação à retirada de tecidos, órgãos ou partes, após sua morte.

§ 5º É vedado aos funcionários dos órgãos de expedição de documentos mencionados neste

¹⁶ Anexo 8.

artigo, sob pena de responsabilidade administrativa, induzir a opção do interessado, salvo a obrigatoriedade de informá-lo de que, se não assinalar qualquer delas, será considerado doador presumido de seus órgãos para a retirada após a morte.

§ 6º Equiparam-se, à Carteira de Identidade Civil, para os efeitos deste artigo, as carteiras expedidas pelos órgãos de classe, reconhecidos, por lei, como prova de identidade.

§ 7º O interessado poderá comparecer aos órgãos oficiais de identificação civil e de trânsito, que procederão à gravação de sua opção na forma dos §§ 1º e 2º deste artigo, em documentos expedidos antes da vigência deste Decreto.

§ 8º A manifestação de vontade poderá ser alterada, a qualquer tempo, mediante renovação dos documentos.

Estamos de acordo com a tendência atual, que trata de rever o Instituto de Identificação e o DETRAN como os locais de preenchimento do formulário de manifestação da vontade de doação. Entendemos que os funcionários destes locais, devido ao ambiente de trabalho (ambos são órgãos de polícia) e a exigência de rapidez no atendimento ao público, não tenham condições para esclarecer as dúvidas das pessoas sobre a doação para transplantes *post mortem*. A atual Coordenadora do SNT, Rosana Northen, manifestou-se em recente entrevista na TV (junho de 2000), dizendo que seria mais adequado se fossem assistentes sociais treinadas para atender às pessoas no momento do registro de sua vontade como doador. Médicos especialistas em transplantes recomendam que o local mais adequado para o preenchimento destes formulários é o serviço social de hospitais ou centros de saúde. Esta sugestão apresentou-se em nossa pesquisa junto às CNCDOs.

2.1.2. Formalização da Doação - *Disposição do corpo vivo*

Esta matéria é tratada no art. 9º da lei de transplantes de 1997 e regulamentada no art. 15 do Decreto nº 2.268 (que regulamenta esta lei).

A disponibilização de tecidos, órgãos e partes do corpo humano vivo para fins de transplantes ou tratamento foi demandada pelos avanços da tecnologia de transplantes de órgãos.

Na lei de doação para transplantes de 1968, somente havia a disposição sobre a retirada de tecidos, órgãos e partes de cadáver. A lei de doação para transplantes de 1992 acrescenta a doação de órgãos entre pessoas vivas, o que é mantido na lei em vigor (de 1997).

A lei de doação para transplantes de 1992 limitava-se à doação intervivos entre avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, cunhados e entre cônjuges. Entre pessoas não relacionadas desta maneira com o doador, a permissão somente poderia ser realizada após autorização judicial. Porém, a lei em vigor (de 1997) permite que sejam feitas doações deste tipo por não parentes, *sem autorização judicial*.

Em reportagem veiculada pelo jornal A FÓLHA DE SÃO PAULO (09 de janeiro de 1998-pág.3-5), a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) em relação à doação intervivos, defende a mudança da nova lei neste sentido, ou seja, é contra a doação por não parentes sem autorização judicial e a obrigatoriedade de que o doador tenha quatro antígenos (substâncias que causam a formação de anticorpos) compatíveis com o receptor. A preocupação com a manutenção de doações entre pessoas vivas por não parentes, *com* autorização judicial, é no sentido de evitar o

comércio de órgãos ¹⁷. Apesar de a lei prever punições para esta prática, além de constar em sua redação que a disposição de órgãos, tecidos ou partes do corpo, tanto de doador vivo como doador cadáver só poder ocorrer *gratuitamente*, a permissão da doação inter vivos *sem autorização judicial* é permissiva para a prática deste tipo de comércio. Esta permissividade traduz-se por poder haver declaração pública de altruísmo, mas, na verdade, ter sido realizado um comércio. A preocupação com a obrigatoriedade de que o doador tenha quatro antígenos compatíveis com o receptor é para garantir melhor qualidade ao transplante ou enxerto realizado, apesar deste tipo de compatibilidade ser mais difícil de se conseguir, limitando assim o universo de receptores por órgão doado.

Geralmente, em nosso País, a doação de órgãos do corpo vivo tem ocorrido como opção desesperada de quem tem um parente que necessita de transplante.

Segundo dados da ABTO (Censo de transplantes, antes da lei de transplantes de 1997), cerca de 50% dos transplantes renais eram realizados com rins provenientes de doadores vivos e o restante, de doadores cadáver. Em países com bom sistema de captação de órgão, como a Espanha, este número não ultrapassa a 5% dos transplantes (MENEZES, LOCH e SANTOS, 1999:3).

Todavia, sabe-se que a pessoa doadora de órgão em vida, tem probabilidade de, mais tarde, também vir a necessitar de um transplante¹⁸. Por outro lado, também é sabido que, em muitos casos, as doenças evoluem para um quadro tão grave, onde a única alternativa para a manutenção da vida é o transplante. São exemplos disso, a necessidade de aprimoramento do diagnóstico ambulatorio precoce das nefropatias para

¹⁷ Sobre o comércio de órgãos ver GARRRAFA, Volnei. O mercado de estruturas humanas / A soft human market. Revista Bioética, vol. 1 nº 2, 1993.

reduzir a necessidade de transplante de rim (AKERMAN (1994:66) citado por MENDES (1996:186)) e a implementação de estratégias de prevenção para evitar a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) – ou seja, o melhor controle do diabetes, da hipertensão arterial sistêmica (HAS), da hiperlipidemia e o manuseio da doença cardíaca de base (MOREIRA, 2000:14). Em outras palavras, não se pode esquecer que um serviço de atenção básica à saúde adequado e eficiente é a primeira e melhor opção para evitar que os problemas de saúde somente possam ser solucionados por tecnologias e tratamentos cada vez mais sofisticados. Acreditamos que mais recursos financeiros para os serviços de atenção básica à saúde e a formação de recursos humanos voltados para esta área poderiam também contribuir, e muito, para a redução do tratamento de necessidades de saúde através dos *procedimentos de alta complexidade*. Estas são maneiras de reduzir a necessidade por transplantes de órgãos.

2. 2. Organização do Sistema Nacional de Transplantes (SNT)

A partir das sugestões de técnicos do Ministério da Saúde e especialistas na matéria dos transplantes (técnicos consultores convidados pelo Ministério da Saúde e os Coordenadores das Centrais de Transplantes¹⁹ em funcionamento naquele momento), entra em vigor a Portaria nº 3.407, de 05 de agosto de 1998. Esta aprova o regulamento técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes.

¹⁸ Esta informação foi coletada na entrevista com os técnicos nas CNCDOs pesquisadas.

¹⁹ Referimo-nos às Centrais de Transplantes dos estados de São Paulo, Paraná, Pernambuco, Minas Gerais e Distrito Federal que foram estruturadas por iniciativa de grupos de profissionais da atividade, mas que tinham grandes dificuldades de funcionamento (MENEZES, LOCH e SANTOS, 1999:5).

Na estrutura da Coordenação do Sistema Nacional de Transplante (CSNT), fica estabelecido que conforme o disposto no art. 4º do Decreto nº 2.268, de 1997, a CSNT será assistida pelo Grupo Técnico de Assessoramento (GTA), integrado por membros titulares e suplentes, nomeados pelo Secretário de Assistência à Saúde.

Também ficou estabelecido, nesta mesma portaria, que os membros do GTA são:

- Coordenador do SNT
- um representante :
 - a) das CNCDO das Regiões Norte e Centro-Oeste;
 - b) das CNCDO de cada uma das Regiões Nordeste, Sudeste e Sul ;
 - c) de associações nacionais de carentes de transplante ;
 - d) do Conselho Federal de Medicina (CFM) ;
 - e) do Ministério Público ;
 - f) da Associação Médica Brasileira .

São atribuições do GTA:

- elaborar diretrizes para a política de transplantes e enxertos;
- propor temas de regulamentação complementar;
- identificar os índices de qualidade para o setor;
- analisar os relatórios com os dados sobre as atividades do SNT;
- dar parecer sobre os processos de cancelamento de autorização de estabelecimentos e equipes para a retirada de órgãos e realização de transplantes ou enxertos.

Outras providências de que trata esta portaria sobre o GTA:

- os quatro representantes das Regiões serão indicados por acordo das respectivas CNCDOs;
- as reuniões do GTA serão presididas pelo Coordenador do SNT;
- para apreciação de temas específicos, poderão integrar o GTA consultores com notório saber na área de conhecimento sobre transplantes;
- os nomes dos consultores serão indicados pelo GTA ao Secretário de Assistência à Saúde, que os designará;
- o grupo técnico terá reuniões ordinárias semestralmente e reuniões extraordinárias sob demanda de temas específicos, convocados pelo Coordenador do SNT ou por, no mínimo, cinco membros titulares.

Considerando-se a composição do GTA, está criada através de recursos legais a viabilização de uma associação entre o órgão governamental (além do Coordenador do SNT, membros do GTA representantes estabelecidos nos itens *a, b, e*), os doentes que necessitam de transplantes (membro do GTA representante estabelecido no item *c*) e as sociedades de especialistas (membros do GTA representantes estabelecidos nos itens *d, f*). Com isso, talvez, possam ser estabelecidos os instrumentos que permitam aos doentes que necessitam de transplantes e às sociedades de especialistas a fiscalização dos centros prestadores de serviços e do controle da lista de espera.

No caso da necessidade de fiscalização dos centros prestadores de serviços, nos remete à confiança nas instituições. O controle da lista de espera reflete o controle social e portanto o controle dos critérios de distribuição dos órgãos doados.

A viabilização desta associação *tripartite* poderia facilitar a execução de algumas tarefas, tornando a legislação mais efetiva como sugere SCHATTAN

(1997:173), pois estes são os atores que, pelas suas demandas, colocarão a discussão do problema na agenda pública.

Por outro lado, não há tradição em nossa cultura política de pressão por políticas demandadas pela sociedade civil. Sabe-se, também, que, em geral, os doentes carentes de transplantes e/ou seus familiares que mais se manifestam, são pessoas com mais recursos financeiros e/ou com maior grau de instrução. Os doentes e seus familiares com menos, ou sem recursos financeiros, e sem instrução e/ou informação são, em geral, os atores que ficam à margem deste processo. Estes acabam sendo obrigados a se resignarem, aguardando por uma solução para o seu problema, pelos órgãos públicos.

De acordo com SCHERER-WARREN (1999:64), é no campo da cultura política que se situam as maiores dificuldades para implementação de ações de cooperação e complementariedade mediante parcerias entre governos e sociedade civil. Isto ocorre porque, por um lado, o poder público tende a se orientar por práticas políticas tradicionais e, por outro lado, a sociedade civil se encontra incipientemente organizada.

Diante desta constatação, apesar de a oportunidade de manifestação e participação de associações de carentes de transplantes estar viabilizada no GTA, na prática, esta participação ainda não tem sido efetiva. Nossa impressão foi obtida conversando com integrantes de associações deste tipo e por notícias na mídia.

O Ministério da Saúde garante, desde a implantação do SNT, os recursos financeiros para pagar as cirurgias e fornecer medicamentos para os pós-transplantados, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)²⁰. O FAEC não compromete o teto financeiro dos recursos destinados aos estados (SAÚDE BRASIL, março/2000-pág.4). Apesar disso, ainda é grande a lista de espera para transplantes. De

acordo com recente relatório do Ministério da Saúde (SAÚDE BRASIL, março/2000-pág.4), a lista de espera apresentava-se como se segue:

Tabela 1. Lista de Espera Nacional para Recepção de Transplantes.

Tipo de órgão	Total de receptores
Coração	181
Córnea	4.716
Fígado	949
Medula	800
Pulmão	26
Rim	16.062
Rim/Pâncreas	80
TOTAL GERAL	22.814

Fonte: Ministério da Saúde, março de 2000.

O total de transplantes realizados desde a implantação do SNT, incluindo o crescimento comparativo das cirurgias entre os anos de 1998 e 1999, foi divulgado pelo Ministério da Saúde em março de 2000 e é reproduzido a seguir:

Tabela 2. Transplantes realizados no Brasil nos anos de 1997, 1998 e 1999.

Órgão	Ano			Crescimento comparativo entre 1998 e 1999
	1997	1998	1999	
Coração	56	48	113	+ 57,52%
Córnea	1.437	2.077	2.406	+ 13,67%
Fígado	144	158	358	+ 55,86%
Medula	354	294	337	+ 17,87%
Pâncreas	00	00	02	+ 100,00%
Pulmão	01	05	18	+ 77,22%
Rim	1.502	1.578	2.022	+ 21,95%
Rim/Pâncreas	00	00	06	+ 100,00%
	3.494	4.160	5.262	+ 20,94%

Fonte: Ministério da Saúde, março de 2000.

Observamos que, em todos os casos, foram realizados mais transplantes. Exceto nos casos de pâncreas e rins/pâncreas cujas primeiras cirurgias realizaram-se em 1999,

²⁰ O FAEC foi criado pela Portaria nº 3.409, de 05 de agosto de 1998.

os maiores aumentos de transplantes foram de pulmão (77,22%), coração (57,52%) e fígado (55,86%).

O total de recursos destinados pelo Ministério da Saúde, em junho de 1999, ao FAEC foi de R\$ 100 milhões para transplantes. Deste, R\$ 15 milhões para a busca ativa de doadores (rastreamento), R\$ 25 milhões para as cirurgias (sem contar os R\$ 45 milhões anteriormente previstos) e R\$ 60 milhões para a compra de medicamentos para o pós-operatório (SAÚDE BRASIL, março/2000-pág.4).

Dados estatísticos do Ministério da Saúde, comprovam que têm aumentado as doações de órgãos para transplantes no País. Em 1997, realizaram-se 3.711 doações; em 1998, 4.053 e, em 1999, foram realizadas 4.708 doações (SAÚDE BRASIL, março/2000-pág.4).

Salientamos que há diferenças entre o número de doações e de cirurgias realizadas porque, geralmente, no caso de órgãos duplos, estes são enxertados, um em cada paciente receptor. Há também casos nos quais os doadores não doam todos os órgãos. E há situações em que alguns órgãos não podem ser aproveitados. Neste último caso, por motivos clínicos do órgão doado ou problemas ocorridos no momento da captação do mesmo.

Atualmente, estão em funcionamento 15 Centrais Estaduais (Ceará, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso do Sul, cidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Há outras 4 que estão em fase de implantação (Sergipe, Paraíba, Maranhão e Piauí). Os estados do Amazonas e Rio Grande do Norte estão aguardando definições das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde para iniciar a implantação de suas Centrais. As unidades já instaladas cobrem 90% da população

brasileira que se submete a transplantes . Elas estão integradas, por computador, ao Sistema Nacional de Transplantes (SAÚDE BRASIL, março/2000-pág.4).

Houve medidas tomadas desde a criação do SNT para incrementar o número de transplantes. Por exemplo, a Portaria nº 935, de julho de 1999, estabeleceu o transplante conjunto de rins e pâncreas. Esta medida está sendo vital para os pacientes portadores de diabetes que precisam destas intervenções. Outro avanço foi a Portaria nº 937, que regulamenta a importação de córneas, colocando essa captação sobre a responsabilidade das Centrais de Notificação. Foi resolvido recentemente o problema da busca internacional de doadores para transplante de medula óssea (Portaria nº 1.217, de outubro de 1999). O ministério paga R\$ 48 mil por busca efetuada, o que implica alívio para os doentes que não tinham condições de pagar este custo e usavam como alternativa, fazer campanhas de doação para a arrecadação do dinheiro para este fim. Gradativamente, depois de amplas pesquisas e levantamentos, o Ministério da Saúde está ampliando o número de hospitais credenciados para os transplantes. Em 1998, eram 143. Em março de 2000, estavam cadastrados 302 hospitais (SAÚDE BRASIL, março/2000-pág.4).

A normatização do SNT quanto à estrutura e atribuições dos órgãos Central, Estaduais e Centrais de Notificação, está expressa no Decreto Nº 2.268, de 30 de junho de 1997 e na Portaria Nº 3.407, de 30 de agosto de 1998.

A estrutura do SNT está expressa nos art. 2º e 3º do Decreto Nº 2.268 (de 30 de junho de 1997) e regulamentado pela Portaria Nº 3.407 (de 30 de agosto de 1998).

Cabe ao SNT desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas.

O SNT tem intervenção sobre as atividades de conhecimento de morte encefálica, verificada em qualquer ponto do território nacional e sobre a determinação do destino dos tecidos e partes retirados.

Integram o SNT:

- o Ministério da Saúde;
- as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes;
- as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes;
- os estabelecimentos hospitalares autorizados;
- a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

O órgão Central do SNT é a Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes (CSNT), que tem as atribuições de:

- expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos no Decreto N° 2.268 (de 30 de junho de 1997) e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolve;
- gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com suas condições orgânicas;
- autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes;
- avaliar o desempenho do SNT, mediante análise de relatórios recebidos dos órgãos estaduais e municipais que o integram;

- articular-se com todos os integrantes do SNT para identificação e correção de falhas verificadas em seu funcionamento;
- difundir informações e iniciativas bem sucedidas, na âmbito do SNT, e promover intercâmbio com o exterior sobre atividades de transplantes;
- credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos.

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes, para integrarem o SNT, devem instituir, em sua estrutura organizacional, uma Coordenação Estadual de Transplantes. São atribuições das Coordenações Estaduais de Transplantes:

- elaborar normas complementares no âmbito estadual;
- autorizar a criação das CNCDOs regionais;
- encaminhar solicitações de credenciamento das CNCDOs à Coordenação de SNT, conforme o disposto no § 1º do artigo 5º do Decreto nº 2.268, de 1997;
- supervisionar o funcionamento das CNCDOs em sua área de atuação;
- enviar anualmente as informações sobre as atividades relacionadas aos transplantes à Coordenação do SNT;
- indicar os coordenadores intra-hospitalares de captação de órgãos, partes e tecidos;

As atividades da Coordenação Estadual de Transplantes poderão ser delegadas, no todo ou em parte à CNCDO.

Cada unidade da federação poderá criar uma CNCDO, desde que, em seu território, existam equipes especializadas e estabelecimentos de saúde habilitados a efetuar diagnóstico de morte encefálica, a retirar órgãos e realizar transplantes ou enxertos.

Somente os estados com população superior a seis milhões de habitantes poderão criar CNCDO regionais. A área de atuação de CNCDO regional deve ter uma população mínima de três milhões de habitantes.

As CNCDOs são as unidades executivas das atividades do SNT, submetidas ao poder público. As CNCDOs serão estaduais ou poderão ser CNCDOs regionais com sede estadual. No caso das CNCDOs regionais, o município considerado pólo de região poderá instituir CNCDO, que ficará vinculada à CNCDO estadual.

São atribuições das CNCDOs:

- coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual;
- promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias a sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes disponíveis, de que necessite;
- classificar os receptores e agrupá-los segundo indicações do item anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante;
- comunicar à Coordenação do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;
- receber notificações de morte encefálica ou outra²¹ que enseje a retirada de tecidos, órgãos ou partes para transplantes, ocorrida em sua área de atuação;

²¹ Salientamos que os órgãos que somente podem ser retirados após a morte encefálica são: coração, pulmões, rins, pâncreas e fígado. Os tecidos que podem ser retirados após a morte cardiorrespiratória são: as córneas e os ossos. (ALCANTARA, 1998:23).

- determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retirados ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observada a classificação dos receptores;
- notificar a Coordenação do SNT de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seus registros, para utilização dentre os relacionados na lista nacional;
- encaminhar relatórios anuais à Coordenação do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplantes em sua área de atuação;
- exercer controle e fiscalização sobre as atividades no seu âmbito de atuação;
- aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997;
- suspender, cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, estabelecimentos e equipes especializadas, antes ou no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido, se, pelos indícios conhecidos, houver fundadas razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;
- comunicar aplicação de penalidade à Coordenação do SNT, que registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no § 2º do art. 21 da Lei nº 9.434, de 1997, e cancelamento, se for o caso, da autorização concedida;
- acionar o Ministério Público do estado e outras instituições públicas, competentes para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua atuação.

Os receptores inscritos nas CNCDOs regionais, cujos dados tenham sido previamente encaminhados às CNCDOs estaduais, poderão receber tecidos, órgãos ou partes retirados no âmbito de atuação do órgão regional.

Ressalvamos que no tocante à lista única de receptores nacional, houve modificações desde que se implantou o SNT. Atualmente, estão em funcionamento as listas de espera estaduais ou regionais, dependendo da referência do Centro de Transplantes ser estadual ou regional. Esta modificação foi aceita por se considerar, como fator limitante da lista única de espera nacional as longas distâncias geográficas de nosso País, em função do tempo de viabilidade do órgão para transplante²².

No tocante às coordenações intra-hospitalares, soubemos em nossa pesquisa junto às CNCDOs da região Sul, que as mesmas estão sendo implantadas nestes estados. Anteriormente, as atividades de captação de órgãos, partes e tecidos, eram desempenhadas por estas CNCDOs.

Os procedimentos de retirada de tecidos, órgãos e partes, e o seu transplante ou enxerto, só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde.

Os estabelecimentos de saúde para desempenhar atividades transplantadoras deverão atender, no mínimo, às seguintes exigências, comprovadas no requerimento de autorização:

- equipes especializadas de retirada, transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional;
- disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;

²² O tempo de viabilidade do órgão doado para transplante é referido neste trabalho no item "Etapas do Processo de Doação".

- dispor de ambientação e de infra-estrutura operacional necessária à atividade, incluindo meios para comprovação da morte encefálica (conforme disposições na Resolução do Conselho Federal de Medicina) e UTI (Unidade de Terapia Intensiva);
- capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;
- instrumental e equipamento indispensáveis ao desenvolvimento da atividade;
- disponibilidade dos serviços em tempo integral, para apoio às equipes especializadas e à realização dos procedimentos;
- existência de convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde);
- ao estabelecimento de saúde é permitida a autorização para realização conjunta, ou separadamente, das atividades de transplante ou de retirada do órgãos, partes e tecidos.

2.2.1. Procedimentos de Retirada do Órgão Doador

A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com *morte encefálica*.

O diagnóstico de *morte encefálica* será confirmado, segundo critérios clínicos e tecnológicos definidos em Resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1.480/97), por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia, reconhecido no País.

Os procedimentos de comprovação de *morte encefálica* são dispensáveis quando esta decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

Os médicos integrantes das equipes autorizadas a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, não podem participar do processo de verificação de *morte encefálica*.

Os familiares que estiverem em companhia do falecido ou que tenham oferecido meios de contato serão, obrigatoriamente, informados do início do procedimento para a verificação da *morte encefálica*.

Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido, no ato de comprovação e atestação da *morte encefálica*. Porém, se a demora de seu comparecimento tornar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, esta circunstância será mencionada em relatório.

Nos casos de realização de necrópsia, obrigatória por lei, a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a *causa mortis*, circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.

Nos casos de morte ocorrida sem assistência médica, ou em decorrência de causa mal definida, ou que necessite ser esclarecida diante de suspeita de crime, a retirada, observadas as demais condições estabelecidas no Decreto nº 2.268, de 1997, dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista.

Recentemente, no dia 08 de dezembro de 1999, por convocação do CFM, ocorreu uma reunião de sua Câmara Técnica de Morte Encefálica. O motivo da reunião foi repudiar uma polêmica sobre os critérios para o diagnóstico da *morte encefálica*, contestados por artigo em revista médica, página da Internet e declarações na imprensa. Nesta ocasião, o CFM manifestou que, embora se tratando de opinião isolada de um profissional, sem respaldo junto à comunidade médica e científica, foi convocada uma

entrevista coletiva na imprensa (ocorrida em 13 de dezembro de 1999), para esclarecimento público sobre o assunto. Neste manifesto, elucidou-se que é irresponsável a contestação dos critérios hoje adotados no Brasil e aceitos em todo o mundo sobre o diagnóstico da morte encefálica. Tal polêmica em nada contribui com a ciência, a medicina e a saúde pública. Ao contrário, presta um desserviço à população, colocando a promoção pessoal acima da informação séria e da ética.²³

Em nossa pesquisa²⁴, houve depoimentos de que ainda há dúvidas sobre esta questão na população. Pensamos que este fato remete ao problema da confiança nas instituições, onde as dúvidas e incertezas sempre são uma constante. Pessoalmente, acreditamos nos critérios clínicos que fundamentam o diagnóstico da morte encefálica na atualidade.

Os procedimentos de retirada ocorrem de acordo com os seguintes critérios:

a) Retirada “*post mortem*”:

Todos os estabelecimentos de saúde deverão comunicar à CNCDO do respectivo estado, em caráter de urgência, a verificação em suas dependências de morte encefálica.

Caso o estabelecimento de saúde não disponha de condições para a comprovação da morte encefálica ou para a retirada de tecidos, órgãos e partes, a CNCDO acionará os profissionais habilitados que se encontrarem mais próximos para efetuar ambos os procedimentos.

Não se efetuará a retirada nos casos em que:

- não for possível a identificação do falecido por Carteira de Identificação Civil ou por Carteira Nacional de Habilitação;

²³ ABTO News. <http://www.abto.com.br/boletim/ano2n8>

- se houver qualquer rasura ou vestígios de adulteração dos documentos em relação à vontade de opção quanto à doação de órgãos, salvo se, no mínimo, dois parentes consanguíneos, em linha direta ou colateral, até o segundo grau, inclusive, conhecendo a vontade do falecido quiserem autorizá-la;
- não for encontrado documento de identificação do falecido, ainda que sua família faça o seu reconhecimento.

Se, nos documentos do falecido, constarem opções diferentes, será considerada válida, para interpretação de sua vontade, o de expedição mais recente.

A retirada de tecidos, órgãos e partes do cadáver de pessoas incapazes dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, pátrio poder, guarda judicial, tutela ou curatela.

b) Retirada do corpo vivo:

A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo, será precedida de comprovação de comunicação ao Ministério Público e da verificação das condições de saúde do doador para melhor avaliação de suas consequências e comparação, após ato cirúrgico.

O doador será, prévia e obrigatoriamente, informado sobre as consequências e riscos possíveis da retirada, de tecidos, órgãos ou partes do seu corpo, para doação, em documento lavrado na ocasião, lido em sua presença e acrescido de outros esclarecimentos que pedir e, assim, oferecido á sua leitura e assinatura e de duas testemunhas, presentes ao ato.

²⁴ No Instituto de Identificação de Florianópolis e CNCDOs do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Já fizemos ressalvas sobre a doação de órgãos do corpo vivo no item sobre “Formalização da Doação – *Disposição do Corpo Vivo*”. E com relação à retirada *post mortem*, comentamos sobre nosso parecer no item “Procedimentos de Retirada do Corpo Doador” e com relação ao consentimento da família, quando nos referimos à *doação presumida fraca*.

2.2.2. Etapas do Processo de Doação

As Etapas do Processo de Doação (ALCÂNTARA, 1998:23) são descritas a seguir:

1. O médico comunica a morte encefálica do paciente à direção do hospital onde se encontra;
2. O hospital comunica a morte à CNCDO;
3. Neurologistas da Central checam o diagnóstico da morte encefálica;
4. É acionada a equipe de abordagem para avisar à família da morte encefálica de seu parente e consultar sobre a autorização para a doação.
 - Em caso negativo, encerra-se aqui o protocolo de doação.
 - Em caso positivo, sequenciam-se os itens abaixo:
5. Caso a morte seja confirmada, uma outra equipe é acionada pela Central para a retirada dos órgãos;
6. A escolha do receptor deve seguir a ordem de inscrição da CNCDO;
7. Uma nova equipe médica, que não participou de nenhuma das etapas anteriores, é chamada para fazer o transplante;
8. Todos os inscritos na Central têm acesso à lista e podem fiscalizar se a ordem de inscrição está sendo obedecida.

O Decurso do Tempo e Viabilização de Tecidos, Órgãos e Partes segue os seguintes critérios (ALCÂNTARA, 1998:23):

- *Córneas*: podem ser retiradas até seis horas após a morte cardiorrespiratória do doador e devem ser transplantadas em até sete dias.
- *Coração*: retirado após a morte encefálica do doador. Tem de ser transplantado em quatro horas.
- *Pulmões*: retirados após a morte encefálica do doador. Têm que ser transplantados em quatro horas.
- *Rins*: retirados após a morte encefálica do doador. Têm que ser transplantados entre vinte e quatro a quarenta e oito horas.
- *Pâncreas*: retirado após a morte encefálica do doador. Tem de ser transplantado em doze horas.
- *Fígado*: retirado após a morte encefálica do doador. Tem de ser transplantado em doze horas.
- *Ossos*: podem ser retirados após a morte cardiorrespiratória do doador e podem ser transplantados em até seis meses.

O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após aconselhado devidamente sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

Se o receptor for juridicamente incapaz ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrita ou, ainda, não souber ler e escrever, o consentimento para a realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, na ausência dos quais, a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo, mantê-lo vivo.

A autorização para o transplante será documentada. Este também deverá conter informações sobre o procedimento e as perspectivas de êxito ou insucesso, transmitidas ao receptor, ou, se for o caso, aos seus pais ou responsáveis legais.

Os transplantes somente poderão ser realizados em pacientes com doença progressiva ou incapacitante, irreversível por outras técnicas terapêuticas, cuja classificação, com este prognóstico, conste na documentação da autorização para o transplante.

A realização de transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será autorizada após a realização, no doador, de todos os testes para diagnóstico de infecções e afecções, principalmente em relação ao sangue, observando-se quanto a este teste, inclusive os exigidos na triagem para doação, segundo dispõem a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

Não serão transplantados tecidos, órgãos e partes de portadores de doenças que constem de listas de exclusão expedidas pela Coordenação do SNT. As doenças são: hepatite B e C, Aids e doenças infecciosas ativas como septicemia e cânceres.

O transplante também dependerá dos exames necessários à verificação de compatibilidade sanguínea e histocompatibilidade com o organismo de receptor inscrito, em lista de espera nas CNCDOs.

A CNCDO, em face das informações que lhe serão passadas pela equipe de retirada, indicará a destinação dos tecidos, órgãos e partes removidos, em estrita observância à ordem de receptores inscritos, com compatibilidade para recebê-los.

A ordem de inscrição na lista de receptores poderá deixar de ser observada se, em razão da distância e das condições de transporte, o tempo estimado de deslocamento do receptor selecionado tornar inviável o transplante de tecidos, órgãos ou partes

retirados ou, se deles necessitar, quem se encontre em iminência de óbito, segundo avaliação da CNCDO, observados os critérios estabelecidos pela Coordenação do SNT.

Deverão constar nos prontuários as seguintes informações:

- *no do doador morto*: os laudos dos exames utilizados para a comprovação da morte encefálica e para a verificação da viabilidade da utilização dos tecidos, órgãos ou partes que lhe tenham sido retirados e, assim, relacionados, bem como o original ou cópia autenticada dos documentos utilizados para a sua identificação;
- *no do doador vivo*: o resultado dos exames realizados para avaliar as possibilidades de retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes doados, assim como a comunicação, ao Ministério Público, da doação efetuada;
- *no do receptor*: a prova de seu consentimento, as cópias dos laudos dos exames preconizados e também os exames realizados para o estabelecimento da compatibilidade entre seu organismo e o do doador.

Estes prontuários deverão ser mantidos pelo prazo de cinco anos nas instituições onde foram realizados os procedimentos que registram. Vencido este prazo, os prontuários deverão ser confiados à responsabilidade da CNCDO do estado, sede da instituição responsável pelo procedimento a que se refiram, devendo de qualquer modo, permanecer disponíveis pelo prazo de vinte anos, para eventual investigação criminal.

Em nossa pesquisa, fomos informados de que, com relação às etapas do processo de doação, o consentimento expresso do receptor, após devidamente aconselhado, e o preenchimento e manutenção dos prontuários do doador e do receptor, acontece conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, da forma como descrevemos neste trabalho.

2. 3. Lista de Receptores e Distribuição de Órgãos

O Ministério da Saúde, através do DATASUS²⁵, desenvolveu um sistema informatizado para subsidiar o SNT. Este software, instalado em todas as CNCDOs, faz a pontuação final de cada receptor para cada doador. Consequentemente, os receptores são pontuados para cada tecido, órgão e parte doados, de maneira diferente, devido à sua compatibilidade com cada um. Portanto, a distribuição de órgãos, tecidos e partes ocorre conforme a lista de receptores.

O software desenvolvido pelo DATASUS/Ministério da Saúde é composto pelos seguintes cadastros (MENEZES, LOCH e SANTOS, 1999:13-4):

- Cadastro de pacientes em listas de espera segundo tipo de órgão – neste cadastro, estão todas as informações relativas ao paciente, sua situação de saúde e dados necessários para análise de compatibilidade, como tipo sanguíneo, HLA (antígenos leucocitários humanos – para determinar a compatibilidade tecidual), peso, altura, idade. Consta o endereço, entre outros. Este cadastro deve ser atualizado periodicamente, para que possa o paciente ser localizado no caso de haver doador compatível;
- Cadastro das equipes médicas – possui todas as informações necessárias à identificação e localização dos médicos autorizados a realizar transplantes;
- Cadastro de estabelecimentos de saúde – com dados de todos os serviços autorizados como hospitais, laboratórios envolvidos, banco de tecidos, e outros;

²⁵ DATASUS = Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS). O DATASUS é um órgão de informática de âmbito nacional, representa papel importante como centro tecnológico de suporte técnico e normativo para montagem dos sistemas de informática e informação em Saúde. Suas extensões regionais constituem a linha de frente no suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (Home Page/DATASUS).

- Cadastro das notificações de morte encefálica – onde se registra todas as informações dos possíveis doadores, como tipo sanguíneo, provas de função dos órgãos a serem doados, provas imunológicas, peso, altura, e outras informações necessárias à localização do receptor ideal;
- Cadastro dos pacientes transplantados – com todas as informações dos pacientes transplantados, incluindo as já existentes no cadastro dos receptores, das condições do transplante, e do acompanhamento após o transplante (consultas médicas, exames complementares e intercorrências clínicas);
- possui um módulo de relatórios com indicadores de avaliação do processo, ainda em fase de conclusão (em 1999).

A normatização da lista de receptores pelo SNT está estabelecida no Decreto nº 2.268, de 1997 e na Portaria nº 3.407, de 1997.

Assim, quanto a esta inscrição, fica estabelecido que:

- não será admitida inscrição de receptor de tecidos, órgãos e partes em mais de uma CNCDO;
- verificada a duplicidade de inscrição, a Coordenação do SNT notificará o receptor para fazer a sua opção por uma delas, no prazo de quinze dias, vencido o qual, sem resposta, o excluirá da lista mais recente e comunicará o fato à CNCDO, onde ocorreu a inscrição, para igual providência;
- a inscrição, em determinada CNCDO, não impedirá que o receptor submeta-se a transplante ou enxerto, em qualquer estabelecimento de saúde autorizado se, pela lista sob controle da Coordenação do SNT, for o mais indicado para receber tecidos, órgãos ou partes retirados que não tiveram a possibilidade de aproveitamento, de qualquer procedência;

- ficam convalidadas as inscrições de receptores efetuadas por CNCDOs ou órgãos equivalentes, que venham funcionando em estados da federação, se atualizadas pela ordem crescente das respectivas datas e comunicadas a Coordenação do SNT;
- a CNCDO deverá promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis de que necessite;
- a CNCDO deverá classificar os receptores e agrupá-los segundo indicações do item anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante;
- a CNCDO deverá comunicar à Coordenação do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;
- o sistema de lista única previsto pelo SNT é constituído pelos conjuntos de critérios específicos para a distribuição de cada tipo de órgão ou tecido para os receptores;
- todos os órgãos ou tecidos obtidos de doador cadáver, que para a sua destinação contarem com receptores em regime de espera, deverão ser distribuídos segundo o sistema de lista única;
- a inscrição dos pacientes no sistema de lista única, dar-se-á na CNCDO com atuação na área de sua residência, pelo estabelecimento de saúde ou pela equipe responsável pelo seu atendimento;
- o paciente, ao ser inscrito no sistema de lista única, deve receber do estabelecimento de saúde que encaminhou a sua inscrição, o comprovante de sua inclusão expedido pela CNCDO, bem como as explicações específicas sobre os critérios de distribuição do órgão ou tecido ao qual se relaciona como possível receptor;

- a data de inscrição do paciente na lista única é o referencial para o início do cômputo do tempo de espera;
- a transferência de inscrição de uma para outra CNCDO poderá ocorrer mediante solicitação do receptor, encaminhada pelo estabelecimento ou equipe que passará a atendê-lo;
- no caso de transferência da inscrição do receptor, para cômputo do tempo de espera será considerada a data da inscrição anterior;
- o sistema de lista única, para cada tipo de órgão, parte ou tecido, possui três níveis de integração expresso nas listas nacionais, estaduais e regionais:
 - as listas nacionais serão constituídas pelo conjunto das listas estaduais;
 - as listas estaduais serão constituídas pelo conjunto das listas das CNCDOs da sua jurisdição;
 - as listas regionais serão constituídas pelas inscrições dos pacientes na CNCDO regional;
- mediante instrumento de cooperação formalizado entre estados, as listas estaduais ou regionais poderão incluir pacientes de todo um outro estado ou região deste;
- para a constituição de uma lista para determinado órgão ou tecido, a CNCDO deverá possuir, no território de sua atuação, estabelecimento de saúde e equipe técnica autorizados para a realização do transplante ou enxerto correspondente;
- os dados clínicos dos receptores potenciais, inscritos no sistema de lista única, constituem o cadastro técnico referente a cada tipo de órgão parte ou tecido;
- para cada órgão, parte ou tecido disponível deve ser feita a correlação entre as características antropométricas e imunológicas do doador cadáver e o cadastro técnico correspondente, empregando-se os critérios específicos referentes a cada

tipo de órgão, parte ou tecido, para a ordenação dos receptores quanto à precedência;

- quando o receptor necessitar de órgãos diversos, o critério de distribuição será o definido para o órgão de maior demanda no sistema de lista única;
- no âmbito estadual poderão ser adotados critérios adicionais que terão caráter suplementar, de modo a não sobrepujar os referidos anteriormente;
- na ocorrência das condições clínicas de urgência para a realização de transplantes, a CNCDO deve ser comunicada para a indicação da precedência do paciente em relação à lista única;
- a comunicação de urgência deve ser reiterada e justificada a CNCDO, decorridas setenta e duas horas após a comunicação do item anterior, exceto para o rim.

Esclarecemos que a lista nacional de receptores atualmente está em vigor para que possa ser acionada, no caso de tecidos, órgãos ou partes a serem retirados não serem aproveitadas na CNCDO onde ocorreu a doação, por falta de receptores compatíveis. Neste caso, é acionada a lista nacional de receptores para que se verifique onde há receptores compatíveis e assim se efetue a retirada e o transplante. Outra necessidade da lista nacional é para estatística do SNT.

Inicialmente, foi pensada a lista nacional de receptores como uma lista única que fosse acionada sempre que houvesse uma doação. Porém, as longas distâncias geográficas de nosso País e o tempo de viabilidade do órgão são fatores que inviabilizaram esta proposta. Assim, atualmente estão em vigor as listas únicas de receptores das CNCDOs estaduais e regionais, que são acionadas sempre que ocorre uma doação na área geográfica de atuação de cada CNCDO.

Em nossa pesquisa junto às CNCDOs do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, os técnicos referiram que as listas de receptores são respeitadas. O problema relatado foi com relação ao critério de urgência. Isto porque estes critérios, por serem clínicos, determinam-se pelo médico que atende o paciente necessitado de transplante. Houve queixas de que estes casos, por terem prioridade, “furam” a lista de receptores.

Por outro lado, os doentes que têm, no transplante, a única alternativa para sua sobrevivência, começam, através de seus familiares, a entrar com liminares na justiça para obterem a realização do transplante de que necessitam. No estado de São Paulo, pelo menos três famílias já entraram com pedido de liminar na justiça, para que seus parentes tenham fígado transplantado (estes dados são de março de 2000). Milton Glezer, Coordenador da Procura de Órgãos do Hospital das Clínicas de São Paulo preocupa-se, dizendo que se não houver mudanças no critério de formação de fila única, é bem provável que se crie uma indústria de liminares. Se isto ocorrer, voltaremos ao esquema do passado. Fura a fila quem tem dinheiro para pagar um advogado. Este fato gerou uma reunião em Brasília, no dia 30 de março de 2000, do grupo de especialistas responsáveis pela política nacional de transplantes, para avaliar, até que ponto, a gravidade da doença deve ser considerada um critério para driblar a regra básica do SNT – quem chega primeiro é operado primeiro (Revista VEJA, 29 de março de 2000- pág.174).

Pensamos que a urgência é um fator inegável para determinadas doenças e, certamente, este é o caso dos transplantes. Assim, talvez fosse interessante utilizar um sistema similar ao dos Estados Unidos, onde, também, se utiliza a lista única, considerando-se o critério da gravidade. Porém, naquele país, há uma estrutura de fiscalização das Centrais de Transplantes, através de equipes médicas independentes

para avaliar o estado de cada paciente. Com este sistema, nos Estados Unidos, o índice de mortalidade na fila à espera de um fígado cai para 13%, enquanto no Brasil este índice é de 23% (Revista VEJA, 29 de março de 2000-pág.174). Entretanto, o problema que pode advir da criação de equipes médicas independentes é o da institucionalização da solução de um problema público. A consequência disso é a continuidade do escasso debate público sobre a perspectiva de uma medida que solucione um problema de distribuição de um bem público.

A seleção de pacientes para a distribuição de cada tipo de órgão, parte e tecido captado está regulamentada pela Secretaria de Assistência à Saúde, conforme o disposto no art. 29 do Decreto nº 2.268, de 1997, e normatizada na Portaria nº 3.407, de 1997. Esta apresenta os critérios mínimos de seleção de pacientes para a distribuição de órgãos, partes e tecidos captados.

A seguir transcrevemos os critérios:

Seleção para Rins

- Critérios Excludentes:
 - amostra do soro do receptor fora do prazo de validade;
 - incompatibilidade sanguínea entre o doador e receptor, em relação ao sistema ABO.
- Critérios de Classificação:
 - compatibilidade em relação aos antígenos leucocitários humanos, "HLA";
 - idade do receptor;
 - tempo decorrido da inscrição na lista única;
 - indicação de transplante combinado de rim e pâncreas.

Seleção para Fígado

- Critérios de Classificação:
 - identidade sanguínea, em relação ao sistema ABO, entre o doador e o receptor;
 - precedência quando doador e receptor tiverem o peso corporal abaixo de quarenta quilogramas;
 - tempo decorrido da inscrição na lista única.

Seleção para Pulmão

- Critérios Excludentes:
 - incompatibilidade sanguínea, em relação ao sistema ABO, entre doador e receptor;
 - reatividade contra painel em percentual igual ou maior que dez por cento;

- relação, entre o peso corporal do doador e do receptor, excedendo vinte por cento.
- Critérios de Classificação:
- indicação de transplante bilateral;
- idade do receptor;
- tempo decorrido da inscrição na lista única.

Seleção para Coração

- Critérios Excludentes:
- incompatibilidade sanguínea, em relação ao sistema ABO, entre doador e receptor, exceto em casos de urgências;
- incompatibilidade de peso corporal entre o doador e receptor.
- Critérios de Classificação:
- compatibilidade de peso corporal entre o doador e receptor;
- idade do receptor;
- tempo decorrido da inscrição na lista única.

Seleção para Córnea

- Critérios de Classificação:
- tempo decorrido de inscrição na lista única;
- compatibilidade de idade entre o doador e receptor.

Em relação a cada órgão, está especificado no art. 40 da Portaria nº 3.407, de 05 de agosto de 1998, como é determinada a urgência do transplante. A seguir transcrevemos estes critérios:

Rim:

- a falta de acesso para realização das modalidades de diálise.

Fígado:

- hepatite fulminante;
- retransplante indicado no período de 48 horas após o transplante anterior.

Pulmão:

- retransplante indicado no período de 48 horas após o transplante anterior.

Coração:

- retransplante indicado no período de 48 horas após o transplante anterior;
- choque cardiogênico;
- necessidade de internação em unidade de terapia intensiva e medicação vasopressora;
- necessidade de auxílio mecânico à atividade cardíaca.

Córnea:

- falência de enxerto, estado de opacidade com duração superior a 30 dias;
- úlcera de córnea sem resposta a tratamento;

- iminência de perfuração de córnea – descementocele;
- perfuração do globo ocular;
- receptor com idade inferior a 7 anos que apresente opacidade corneana bilateral.

O software desenvolvido pelo DATASUS e utilizado pelas CNCDOs mescla os critérios de seleção de pacientes receptores e os critérios de urgência para transplantes (ambos transcritos neste trabalho), fazendo pontuação de receptores para cada órgão ou tecido do seguinte modo:

Rim:

- 1- Testa compatibilidade ABO
 - Se ABO não compatível, sai da lista.
 - Se ABO compatível:
 - Testa HLA:
 - P/ cada match do locus “A” pontua 5.000
 - P/ cada match do locus “B” pontua 20.000
 - P/ cada match do locus “C” pontua 30.000
 - Pontua ABO (se tiver 6 matches):
 - Se idêntico, pontua 1.500
 - Se compatível, pontua 750
 - Se não tiver 6 matches, só pontua ABO idêntico
 - Pontua urgência
 - Se urgente, pontua 350
 - Se não urgente, pontua 0
 - Pontua Tx²⁶ combinado c/pâncreas
 - Se Tx combinado, pontua 20
 - Se não Tx combinado, pontua 0
- 2- Pontua tempo de lista
 - Pontua 0,033 por dia de lista

Fígado:

- 1- Testa urgência
 - Se urgente, pontua 1.000
 - Testa se peso do doador ≥ 40 kg :
 - Se peso ≥ 40 Kg pontua 250
 - Se peso < 40 Kg :
 - Testa idade do doador
 - Se idade do doador > 16 anos, pontua 0
 - Se idade do doador ≤ 16 anos, pontua 500
 - Se não urgente pontua 0
 - Testa se peso do doador ≥ 40 kg :

²⁶ Tx = transplante.

- Se peso \geq 40 Kg pontua 200
 - Se peso $<$ 40 Kg :
 - Testa idade do doador
 - Se idade do doador $>$ 16 anos pontua 0
 - Se idade do doador \leq 16 anos pontua 500
- 2- Testa compatibilidade ABO
- Se ABO compatível:
 - Testa identidade ABO:
 - Se ABO idêntico:
 - Testa urgência:
 - Se urgente, pontua 200
 - Se não urgente, pontua 150
 - Se ABO não idêntico:
 - Testa urgência:
 - Se urgente, pontua 100
 - Se não urgente, pontua 70
 - Se ABO não compatível:
 - Testa urgência:
 - Se urgente, pontua 0
 - Se não urgente, sai da lista
- 3- Pontua tempo de lista
- Pontua 0,033 por dia de lista

Coração:

- 1- Testa compatibilidade de peso entre doador e receptores
 - Se pesos não compatíveis, sai da lista
 - Se pesos compatíveis, vai para o item 2
- 2- Testa compatibilidade ABO
 - Se ABO não compatível, sai da lista.
 - Se ABO compatível:
 - Testa identidade ABO:
 - Se ABO idêntico, pontua 1.300
 - Se ABO compatível, pontua 800
 - Testa urgência:
 - Se urgente, pontua 5.000
 - Se não urgente, pontua 0
- 3- Pontua tempo de lista
 - Pontua 0,033 por dia de lista

Córnea:

- 1- Testa urgência
 - Se urgente, pontua 2.000
 - Se não urgente, pontua 0
- 2- Testa idade do receptor
 - Se idade do receptor $<$ 7 anos, pontua 500
 - Se idade do receptor \geq 7 anos, pontua 0
- 3- Testa prioridades clínicas:

- Se prioridade “cegueira legal”, pontua 400
 - Se prioridade “Retx²⁷ após Tx terapêutico”, pontua 300
 - Se prioridade “olho único”, pontua 200
 - Se prioridade “ceratopatia bolhosa”, pontua 200
 - Se prioridade “ceratocone – IV”, pontua 200
 - Se prioridade “retransplante”, pontua 100
 - Se nenhuma das prioridades, pontua 0
- 4- Pontua tempo de lista
- Pontua 0,033 por dia de lista

Podemos hierarquizar os critérios de distribuição de órgãos, tecidos e partes em cinco tipos: clínico, urgência, particular, burocrático e oportunidade.

O critério clínico é aquele relativo à compatibilidade imunológica e antropométrica entre receptor e doador. Observamos que este critério é o de maior peso, no caso do rim. Isto porque há urgência para este tipo de transplante somente se não houver máquina de hemodiálise disponibilizada, ou seja, atualmente a necessidade de transplante de rim é o único caso no qual se pode manter o paciente vivo por meio de aparelhos (a máquina de hemodiálise).

O critério de urgência, que se refere ao risco de morte iminente caso o transplante não seja realizado imediatamente, é o de maior peso para fígado, coração e córnea.

O critério denominado particular é aquele relativo à idade do receptor. Observamos que este critério é considerado no caso de fígado e córnea. No caso de rim e coração, não consta pontuação para estes órgãos quanto à idade do receptor.

O critério burocrático é a pontuação do tempo decorrido de inscrição na lista de receptores da CNCDO. Neste caso, para todos os tipos de transplante, a pontuação é a mesma, ou seja, pontua 0,033 por dia de lista. A lista de receptores regionalizada

²⁷ Retx = retransplante.

também pode ser entendida como um critério burocrático. Neste sentido, as listas de receptores regionalizadas atendem a uma necessidade de melhoria da operacionalização da captação de órgãos.

O critério de oportunidade é aquele que oportuniza, como critério de classificação, a indicação de transplante combinado. Neste caso, o transplante combinado é de rim e pâncreas, que é vital para os pacientes com diabetes que precisam destas intervenções.

Em síntese, conforme observado no valor da pontuação do software criado pelo DATASUS/Ministério da Saúde (que apresentamos neste trabalho), os critérios de distribuição de órgãos têm seu maior peso nos critérios clínico e de urgência. Portanto, entendemos que o acesso ao transplante tem seu maior peso nos critérios de compatibilidade imunológica e antropométrica entre receptor e doador. Nos casos de urgência, estes mesmos critérios são ponderados.

O critério que consideramos em nossa classificação hierárquica como burocrático, refere-se a pontuação pelo tempo decorrido da inscrição na lista de receptores na CNCDO. Este poderia ser considerado como um critério de acessibilidade universalizante. Fazemos esta sugestão porque se percebe que sua pontuação é a mesma para todos os órgãos. Também entendemos que, por permitir o acesso à lista, a partir de um critério igualitário (a pontuação é a mesma para todos), podemos considerá-lo como um critério compatível com os princípios de justiça distributiva, por não ser discriminatório. Neste sentido, este critério não é particularizado.

Entendemos, também que, em se tratando da indicação de transplante, para uma doença de extrema gravidade, seria impossível que os critérios clínicos e de urgência não tivessem grande peso. Isto porque se sabe que o sucesso do transplante está

diretamente relacionado ao máximo de compatibilidade entre receptor e doador. Porém, considerando que a necessidade de transplantes é muito maior do que os órgãos disponíveis, por si só estes critérios não permitem solucionar a questão da distribuição do órgão doado, enquanto bem público, de uma maneira justa, ou seja, estes dois critérios (clínico e urgência) são particulares e, por isso, necessitam que se agreguem outros critérios consonantes com os critérios de justiça distributiva. Retomaremos esta discussão neste trabalho, no capítulo 3.

Seguramente, podemos afirmar que o fato mais importante decorrido da implantação do SNT foi o fim do sistema injusto, em que os hospitais particulares eram autorizados a captar órgãos por conta própria e decidir quem receberia o transplante, cobrando até R\$ 100.000 reais por cirurgia²⁸.

Atualmente, de acordo com depoimentos obtidos em nossa pesquisa²⁹, os critérios de distribuição de órgãos, ou seja, da lista de receptores determinados pelo Ministério da Saúde, estão sendo cumpridos.

2. 4. Repercussão e Debates da Lei de Transplantes de 1997

O maior debate sobre a nova Lei da doação de órgãos (de 1997) deu-se em torno do princípio da *doação presumida* de órgãos porque levou um número significativo de

²⁸ Fonte do valor estimado por cirurgia, REVISTA VEJA de 29 de março de 2000 – reportagem de Lucila Soares, pag. 174.

²⁹ Junto às CNCDOs do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

pessoas aos Institutos de Identificação e aos DETRANs³⁰ para optar por *não ser doador de órgãos* nos seus documentos.

O debate na imprensa e entre os técnicos e pesquisadores da área, quanto ao princípio da doação presumida, deu-se em torno da *coação* da pessoa ao ter que *manifestar-se contrária a doação*, em vez de portar no seu documento de identificação uma opção positiva. O parecer dos funcionários no Instituto de Identificação de Florianópolis sobre este fato dava conta de a pessoa *não doadora*, em geral, sentia-se mais segura com a *negativa* impressa no seu documento de identidade.

Os dados apresentados a seguir, nas tabelas 3 e 4, publicados pela ABTO, refletem o comportamento da população quanto à manifestação da opção de doação, em Institutos de Identificação e DETRANs.

Tabela 3 . Dados de enquete junto a Institutos de Identificação no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1998.

Estado	Número de Documentos Emitidos	Número de Não Doadores	% Não Doadores
Amapá	29.573	10.555	35%
Bahia	784.427	Não Informado	80%
Distrito Federal	154.561	41.596	27%
Ceará	548.637	Não Informado	90%
Minas Gerais	553.258	369.418	67%
Rio Grande do Sul*	47.041	9.102	19%
Santa Catarina	14.198	7.533	53%
São Paulo	1.118.620	693.518	62%
Sergipe	95.693	90.105	94%
Paraíba	153.559	Não Informado	70%
Paraná	403.562	109.252	27%
Pernambuco	363.323	185.263	51%
Tocantins	Não Informado	Não Informado	80%

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

*RS = 36.109 não optaram

RS = Os dados referem-se somente ao mês de dezembro de 1998.

³⁰ DETRAN = Departamento Nacional de Trânsito. Salientamos que nossa pesquisa realizou-se somente no Instituto de Identificação. Mas entendemos que isto não invalida a apresentação dos dados publicados sobre os DETRANs.

Observamos na tabela 3 a enquete junto a Institutos de Identificação em 13 estados brasileiros. O estado com maior número de *não doadores* foi Sergipe, com 94%; o estado com menor número de *não doadores*, o Rio Grande do Sul, com 19%. O fato de a atividade transplantadora estar se desenvolvendo no Rio Grande do Sul há mais de 10 anos, devido a incorporação de novas tecnologias de forma bem sucedida, talvez possa ser apontado como um fator para justificar esta discrepância, entre estes dois estados.³¹ Quanto à tendência regional, é a região Nordeste que tem a média mais alta de *não doadores*, com 77%, enquanto o Sul tem média mais baixa, com 33%. Acreditamos que o motivo é a tecnologia de transplantes de órgãos, por estar se desenvolvendo mais nas regiões Sudeste e Sul do país.³² Analisando a região Sul, Santa Catarina apresenta o maior índice de *não doadores*, com 53%. O Paraná apresentou 27% de *não doadores* e o Rio Grande do Sul, 19%. Talvez o menor número de *não doadores* na região Sul, nos estados do Paraná e Rio Grande do Sul, justifique-se novamente pelo fato de a atividade transplantadora apresentar-se bastante desenvolvida nestes dois estados, enquanto em Santa Catarina há poucos serviços nesta área.³³ É

³¹ Conforme análise de dados apresentados no periódico REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, ano IV n° 4 - outubro/dezembro de 1998. Órgão Oficial Trimestral da ABTO:

- Dados Análise Comparativa do 4º Trimestre dos anos 1995 a 1998 do N° Total de transplantes Renais por Estado e por Doador – página 26.
- Total de Transplantes Realizados de Córnea Anual por Estado-1998 - página 40.
- Total de Transplantes Realizados de Medula Óssea Anual por Estado – página 41.
- Dados Análise Comparativa Anual de 1997 e 1998, do Total de Transplantes Renais por Estado – página 43.
- Dados do Transplantes Realizados no 4º Trimestre de 1998 por Centro Transplantador Cadastrado Ativo – páginas 52 a 59.

³² Conforme análise de dados sobre os Centros Transplantadores Ativos por Região no 4º Trimestre de 1998 apresentados no periódico REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, ano IV, n° 4 - outubro/dezembro de 1998. Órgão Oficial Trimestral da ABTO, página 5.

³³ Conforme análise de dados apresentados no periódico REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, ano IV n° 4 - outubro/dezembro de 1998. Órgão Oficial Trimestral da ABTO:

- Dados Análise Comparativa do 4º Trimestre dos anos 1995 a 1998 do N° Total de transplantes Renais por Estado e por Doador – página 26.
- Total de Transplantes Realizados de Córnea Anual por Estado-1998 - página 40.
- Total de Transplantes Realizados de Medula Óssea Anual por Estado – página 41.

possível que a intensificação das atividades possa ter, ao mesmo tempo, forte repercussão junto à opinião pública como estímulo à doação de órgãos.

Tabela 4 . Dados de enquete junto aos DETRANs no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1998.

Estado	Número de Documentos Emitidos	Número de Não Doadores	% Não Doadores
Acre	3.346	2.808	84%
Ceará *	99.806	47.310	47%
Distrito Federal	146.756	84.714	58%
Espírito Santo	24.271	15.228	63%
Maranhão	82.695	40.613	49%
Mato Grosso	121.011	23.916	20%
Paraná	603.491	431.308	71%
Rio Grande do Sul	578.680	284.278	49%

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

*Número do Estado do Ceará, de março a dezembro de 1998.

Na tabela 4, a enquete realizada pela ABTO em 8 DETRANs estaduais mostra que o número de *não doadores* tem seu maior índice no estado do Acre, com 84% e o menor no Mato Grosso, com 20%. Na análise por região do país, observamos que o maior índice de não doadores é no Norte, com 84% e o menor, no Centro-Oeste, com 39%. A região Sul tem média de 60% de *não doadores*, sendo que, nesta enquete, a ABTO não contempla o estado de Santa Catarina. Acreditamos que este alto índice de *não doadores* possa ser influenciado, também, pela possível falta de esclarecimento e reflexão das pessoas sobre doação de órgãos. Isto, além da nossa pressuposição de que a intensificação das atividades de transplantes tenham repercussão positiva junto à opinião pública para doação de órgãos. Outro questionamento que levantamos é se os funcionários dos Institutos de Identificação e DETRANs têm competência para fazer esclarecimentos ao público sobre *doação de órgãos para transplantes*.

▪ Dados Análise Comparativa Anual de 1997 e 1998 do Total de Transplantes Renais por Estado – página 43.

Na publicação destes dados (o das tabelas 3 e 4), a ABTO alerta que eles demonstram a necessidade urgente de retirar a negativa de doação dos documentos de Identidade e instituir o registro informatizado de doadores e não doadores do País, o qual deve ser de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde.³⁴ Neste comentário, a ABTO nos sugere que, *a priori*, os funcionários das Secretarias Estaduais de Saúde teriam a competência para esclarecer o público sobre a *doação de órgãos*. Já comentamos, no item sobre “Formalização da Doação”, o nosso parecer sobre esta questão e o que pensa a atual Coordenadora do SNT, Rosana Northen, sobre isso.

Quanto à previsão de uma lista única nacional de espera para a recepção de órgãos doados, a nova lei (de 1997), assemelhando-se à lei anterior (de 1992), previu, novamente, listas de espera por órgão para transplantes e Centrais de Transplantes como mecanismos de controle, a serem regulamentadas pelo poder executivo. A partir daí, iniciou-se um amplo debate nacional, com grande envolvimento da imprensa em torno da questão, segundo a qual não havia participação dos órgãos oficiais no controle de listas de espera, nem na definição de critérios de distribuição dos órgãos. Naquela época, existiam em funcionamento, no País, algumas Centrais de Transplantes, localizadas nos estados de São Paulo, Paraná, Pernambuco, Minas Gerais e Distrito Federal. Mas, tinham diferenças entre si, no que se refere ao processo de controle das atividades realizadas e dos critérios de distribuição dos órgãos. Estas Centrais foram estruturadas por iniciativas de grupos de profissionais que realizavam transplantes. Naquele momento, havia 117 hospitais cadastrados para transplantes, localizados

▪ Dados do Transplantes Realizados no 4º Trimestre de 1998 por Centro Transplantador Cadastrado Ativo – páginas 52 a 59.

³⁴ REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, Ano IV nº 4 – outubro/dezembro de 1998. Órgão Oficial Trimestral da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO, página 51.

principalmente, nas regiões Sudeste e Sul do País. Realizavam cerca de 2.000 transplantes por ano, conforme apresentado na tabela 5. (MENEZES, LOCH e SANTOS, 1999:3)

Tabela 5. Número de transplantes por tipo de órgão realizados pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, de 1994 a 1997.

Ano	Renal	Medula Óssea	Fígado	Coração	Pulmão	TOTAL
1994	1.404	307	27	58	3	1.799
1995	1.530	287	59	0	10	1.883
1996	1.501	267	115	65	6	1.954
1997	1.502	354	144	56	1	2.057

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde. Citado no trabalho de MENEZES, LOCH e SANTOS (1999:4).

Não era possível mensurar o número de transplantes de córnea, no período de 1994 a 1997, porque sua computação pelo sistema de informação em uso era registrada nos chamados “procedimentos médicos realizados no aparelho visual”. (MENEZES, LOCH e SANTOS, op.cit.:4)

A maioria destes hospitais controlavam, segundo critérios definidos por cada um deles, suas listas de receptores e de distribuição dos órgãos, sem participação dos órgãos oficiais de gestão do Ministério da Saúde. (MENEZES, LOCH e SANTOS, op.cit.:4)

Também não era conhecido o número de pacientes em lista de espera. Estimava-se o número de pacientes em diálise no País em torno de 27.000, todos potenciais receptores de órgãos. Não era possível saber o resultado dos transplantes realizados, devido às limitações do sistema de informação existente. (MENEZES, LOCH e SANTOS, op.cit.:4)

Conforme já comentado neste trabalho, a lista única de espera nacional foi considerada, inicialmente, como o melhor mecanismo para garantir a distribuição de

órgãos equânime. Este modelo de lista única nacional baseia-se na experiência do modelo do Sistema de Transplantes da Espanha.

Há uma questão que envolve a lista única nacional, como pretendo critério de justiça na distribuição de órgãos: o fato comprovado na prática das longas distâncias geográficas de nosso País que influenciam na qualidade do órgão captado (já comentado neste trabalho). Esta questão tem implicações técnicas, ou seja, a qualidade do órgão captado está diretamente ligada ao tempo decorrido entre a retirada e a realização do transplante. Outro fator é o acondicionamento adequado do órgão para o transporte entre o Centro de Captação e o Centro Transplantador.

Assim, atualmente, preconiza-se que a lista de espera única seja regional (de acordo com as regiões onde localizam-se as CNCDOs), ou estadual ou regionalizada (dentro do próprio estado), dependendo do tempo dispendido entre a captação e o enxerto do órgão no paciente receptor.

SCHATTAN (1997:172) pondera que a garantia da doação presumida de órgãos por si só não é fator decisivo de incentivo ao transplante. Isto porque somente o respaldo institucional do Estado, através da disponibilização de condições para controlar o resgate e o destino dos órgãos captados, poderá garantir a transparência no resgate e distribuição de órgãos, evitando, assim, por exemplo, o risco de se estimular o desenvolvimento do comércio de órgãos no Brasil.³⁵

Entendemos que o incentivo ao transplante ocorre: com o esclarecimento para a doação na comunidade, com a conscientização e com o empenho dos profissionais das UTIs na identificação de doadores em potencial e o respaldo institucional do Estado na

³⁵ Sobre o comércio de órgãos ver BERLINGUER, Giovanni e GARRAFA, Volnei. O Mercado Humano. Estudo Bioético da Compra e Venda de Partes do Corpo. Editora Universidade de Brasília, 1996.

macroestrutura da atividade transplantadora. No tocante à transparência na captação³⁶ e, distribuição e impedimento do comércio de órgãos, estes expressam a confiança da sociedade nas instituições que organizam o SNT.

Em síntese, as questões que repercutem na atualidade sobre os transplantes referem-se:

- a) à necessidade de aumentar o número de doações através de campanhas de esclarecimento ao público sobre transplantes, porque a lista de receptores é muito grande;
- b) à revisão dos critérios de urgência devido ao recente crescimento de liminares na justiça para priorização de transplantes; e
- c) à reavaliação do local mais apropriado para que as pessoas tenham esclarecimentos e preencham os formulários para manifestação de sua vontade de doação.

Dentre os atuais desafios do SNT, podemos destacar:

- a) garantir os recursos financeiros para a captação, cirurgia e medicação pós-transplante;
- b) garantir o controle social na lista de receptores;
- c) garantir o controle social na participação das associações de carentes de transplantes junto ao GTA/Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes/Ministério da Saúde; e
- d) encaminhar resoluções às questões de repercussão atuais que destacamos acima.

³⁶ Em nosso trabalho optamos por usar o termo *captação* e não *resgate* de órgãos, por coincidir com a terminologia utilizada pelo SNT.

Capítulo 3

A Questão da Confiança nas Instituições e dos Critérios de Justiça Distributiva

A partir das hipóteses e da pesquisa realizada, tendo em vista os conceitos que se sobressairam – confiança nas instituições e critérios de justiça – trataremos, neste capítulo, de aspectos do debate teórico dessas questões.

O primeiro conceito será abordado dentro da questão da legitimidade, do desempenho institucional e da cultura cívica.

E sobre os critérios de justiça, abordaremos os princípios de justiça distributiva relacionados à distribuição de bens públicos.

3. 1. Confiança nas Instituições

Em nossa pesquisa, evidenciou-se a falta de confiança nas instituições como a maior justificativa para a *não doação de órgãos para transplante*. O debate da confiança nas instituições nos remete à questão da legitimidade como referencial teórico.

O termo legitimidade, na linguagem política, tem sido referido principalmente ao Estado. Assim, a crença na legitimidade é o elemento de integração na relação de poder que acontece no âmbito do Estado. (LEVI, 1983:675)

Os níveis do processo de legitimidade têm, como ponto de referência, o Estado, nos seus diversos aspectos, ou seja: a comunidade política, o regime, o governo e, o

Estado hegemônico a quem este Estado se acha subordinado, se ele não for independente. (LEVI, 1983:675)

Neste sentido, a legitimação do Estado resulta de um conjunto de variáveis que se situam nos diversos aspectos do Estado. A crença na legitimidade em cada um dos aspectos do Estado ocorre como segue:

- na *comunidade política*, a crença na legitimidade do Estado ocorre através de sentimentos difusos de identificação com a comunidade política. Por exemplo, no Estado nacional, a crença na legitimidade se traduz por atitudes de fidelidade à comunidade política e de lealdade nacional;
- no *regime*, a crença na legitimidade do Estado está no fato de que os governantes e sua política são aceitos, na proporção em que os aspectos que são fundamentais no regime são legitimados, independente das pessoas e das decisões políticas específicas;
- no *governo*, a crença na legitimidade do Estado ocorre quando sua força (a do governo) se alicerça na definição institucional do poder, ou seja, que ele tenha se estruturado conforme as normas do regime e que exerça o poder de acordo com as mesmas, respeitando determinados valores fundamentais da vida política. Contudo, há casos em que a própria pessoa que chefia o governo é o objeto da crença na legitimidade. No Estado moderno, este tipo de situação ocorre quando as instituições políticas estão em crise e o fundamento da legitimidade do poder são as qualidades pessoais de quem se encontra no vértice da hierarquia do Estado. Em todos os regimes, com variações, há uma certa dose de personalização do poder. A consequência disto é que os homens não permitem que o papel desempenhado por seus chefes os faça esquecer suas qualidades pessoais. Max Weber estabeleceu a

distinção deste tipo de poder (o da personalização) em: poder legal, poder tradicional e poder pessoal ou carismático. Assim, a legitimidade do poder legal fundamenta-se na crença da legalidade das normas do regime – estabelecidas propositadamente e racionalmente neste sentido – e na legalidade do direito de comando dos que detêm o poder, com base nas mesmas normas. Já a legitimidade do poder tradicional respalda-se no respeito às instituições consagradas pela tradição e à pessoa ou pessoas que detêm o poder, cujo direito de comando é conferido pela tradição. No poder pessoal ou carismático, a legitimidade respalda-se, em primeiro lugar, nas qualidades pessoais do chefe e, secundariamente, nas instituições. Este tipo de legitimidade, por se ligar à pessoa do chefe, tem existência efêmera, pois não consegue resolver o problema fundamental que garante a continuidade das instituições políticas, ou seja, o problema da transmissão do poder; e

- no caso do *Estado que não é independente*, o mesmo não está em condições de cumprir sua missão que é garantir a segurança dos cidadãos e até o próprio desenvolvimento econômico. Assim, o ponto de referência da crença na legitimidade ligar-se-á inteira ou parcialmente, à potência hegemônica ou imperial a qual este Estado está vinculado. (LEVI, 1983:676)

No caso brasileiro, parece-nos que a crença na legitimidade está tradicionalmente associada ao aspecto do governo no âmbito do Estado. Neste sentido, a origem da descrença na legitimidade parece estar associada à debilidade institucional.

A questão da debilidade institucional é tratada em um sentido histórico, enquanto herança da sociedade colonial (FAORO:1992, SCHWARTZMAN:1998, OLIVEIRA VIANNA:1997, BUARQUE DE HOLANDA:1996), ou como um fenômeno típico de países do terceiro mundo ou da América Latina (DAHL:1997,

ROUQUIÉ:1991). É fortemente retomada no debate sobre a transição democrática na América Latina (O'DONNELL:1991 e 1998, ALVRITZER:1995, AVELINO:1991, SANTOS:1993) e, mais recentemente, nos debates sobre crise e reforma do Estado, diante da intensificação do processo de globalização e do advento do Estado neoliberal (BRESSER PEREIRA:1998, FIORI:1995).

Neste trabalho, para compreensão da debilidade institucional, partimos da síntese histórica sobre este fato elaborada por SANTOS(1994).

A origem da debilidade institucional é profundamente refletida por SANTOS (1994:29-38) que, baseado no paradigma de Robert Dahl, busca explicar a debilidade institucional no Brasil. Segundo o autor, a origem desta debilidade estaria associada a dois eixos de organização das estruturas sociais brasileiras. O primeiro eixo refere-se à coletivização das elites e o segundo, à incorporação das massas ao sistema político. A consequência da coletivização das elites é que o poder das decisões públicas ocorre no âmbito das esferas privadas. Este fato implica um baixo grau de institucionalização das organizações que deveriam organizar serviços públicos, bem como um baixo grau de legitimidade dessas instituições públicas, ou que deveriam ter caráter público frente à sociedade civil. A incorporação das massas ou classes populares ao sistema de proteção social ocorreu antes que se obtivesse estabilidade na institucionalização das regras da dinâmica da competição política. Como consequência, os próprios segmentos da população, no momento em que precisam explicitar suas demandas, orientam suas ações para formas particulares e isoladas. Por exemplo, no caso dos transplantes, o recurso das liminares judiciais, fundamentadas no critério de urgência, representam uma ação particularizada. Isto depõe contra uma ética pública de fortalecimento do critério da lista de receptores como a garantia do acesso de todos ao transplante. Embora, ao nosso ver,

este tipo de atitude reflita o desespero na luta pela vida, ela não soluciona o real problema que é o descompasso entre a necessidade e a disponibilidade de *órgãos para transplante*. Já no aspecto da lista de receptores ser regionalizada, justificada pela melhoria da qualidade na captação do órgão e conseqüentemente do enxerto realizado, ocorre a ação em benefício do coletivo. Neste sentido, os Centros Transplantadores bem estruturados, bem equipados e com localização geográfica estratégica facilitam o atendimento da população.

Parece-nos que a explicação da desconfiança nas instituições, como justificativa para *não ser doador de órgãos para transplante*, pode estar respaldada no baixo grau de legitimidade das instituições que deveriam ter caráter público frente à sociedade civil. Neste caso, referimo-nos ao serviço de saúde.

Contudo, esta situação pode ser revertida. Nesta perspectiva, para SANTOS (op.cit.:38) existe a possibilidade de uma estabilidade democrática, por meio de política social. Esta última, representa um instrumento de integração política na qual a participação cívica é um elemento fundamental. Isto poderá significar a solução do problema da ação coletiva de grupos de interesse.

No tocante à participação cívica como elemento fundamental enquanto instrumento de integração da política social, parece-nos pertinente remetermo-nos à explicação do desempenho institucional em que PUTNAM (1996:97) se concentra, ou seja: a modernidade sócio-econômica (referindo-se às conseqüências da Revolução Industrial) e a “comunidade cívica” (referindo-se aos padrões de participação social e solidariedade social).

Em nossa pesquisa, o conceito de “comunidade cívica” remete-nos à possibilidade de que a participação cívica pode influenciar no desempenho institucional.

O universo de nossa pesquisa para a investigação da motivação para a *doação de órgãos para transplantes* limitou-se ao Instituto de Identificação de Florianópolis. Portanto, trataremos, particularmente, dos aspectos nos quais a cultura pode influenciar uma decisão que afeta diretamente a outros membros da mesma comunidade.

Para explicar o desempenho institucional pela possibilidade da “comunidade cívica”, PUTNAM (op.cit.:177-184) parte da interpretação clássica de Tocqueville e de outros autores sobre a virtude cívica. O autor utiliza o termo “capital social” para as características da organização social, como confiança, normas e sistemas (cadeias de relações sociais), que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas. Assim, o capital social facilita a cooperação espontânea. Uma característica específica do capital social é o fato de ele normalmente constituir um bem público, ao contrário do capital convencional que, normalmente, é um bem privado. O autor pondera que a confiança é um componente básico do capital social. Para compreender como a confiança pessoal pode se transformar em confiança social, PUTNAM (op.cit.) parte da idéia segundo a qual, nos contextos modernos e complexos, a confiança social pode provir de duas fontes conexas: das regras de reciprocidade e dos sistemas de participação cívica. As regras de reciprocidade significam uma contínua relação de troca que, a qualquer momento, apresenta desequilíbrio ou falta de correspondência, porém, supõe expectativas mútuas de que um favor concedido hoje venha a ser retribuído no futuro. A regra da reciprocidade generalizada é um componente altamente produtivo do capital social. Ela concilia interesse próprio com solidariedade e, em geral, está associada a um amplo sistema de intercâmbio social. No intercâmbio social, a interação pessoal é um meio econômico e seguro de obter informações sobre a confiabilidade dos demais atores. A combinação de ordem e

desordem, de cooperação e oportunismo em uma sociedade irá depender dos intercâmbios sociais preexistentes para que existam as relações de confiança. No tocante aos sistemas de participação cívica, que é outra fonte de confiança social, PUTNAM (op.cit.) explica que, em toda sociedade, moderna ou tradicional, autoritária ou democrática, feudal ou capitalista; há sistemas de intercâmbio e comunicação interpessoais, tanto formais quanto informais. Alguns desses sistemas são basicamente “horizontais”, congregando agentes que têm o mesmo *status* e o mesmo poder. Outros são basicamente “verticais”, juntando agentes desiguais em relações assimétricas de hierarquia e dependência. Os sistemas de participação cívica representam uma intensa interação horizontal. Estes são uma forma essencial de capital social: quanto mais desenvolvidos forem os sistemas de intercâmbio horizontal em uma comunidade, maior será a probabilidade de que seus cidadãos cooperem em benefício mútuo. No entanto, um sistema vertical, por mais ramificado que seja para seus membros, é incapaz de sustentar confiança e cooperação sociais. Nestes casos, os fluxos de informação verticais costumam ser menos confiáveis que os fluxos horizontais, em parte porque o subalterno controla a informação para precaver-se contra exploração. Nas relações clientelistas, por exemplo, há permuta interpessoal e obrigações recíprocas, mas a permuta é vertical e as obrigações assimétricas.

Portanto, tomando a explicação do desempenho institucional, pela possibilidade de comunidade cívica, parece-nos que o elemento da solidariedade remete-se à influência na *decisão de doação*, ou seja, a solidariedade tomada como elemento das regras de reciprocidade de convivência social representou a justificativa unânime dos *doadores de órgãos para transplantes*.

No tocante à participação cívica, há uma relação intrínseca entre cultura e sociedade, pode-se então estabelecer o referencial de participação cívica com cultura cívica.

Em seu estudo, PUTNAM (op.cit.:186) conclui que o capital social corporificado em sistemas horizontais de participação cívica favorece o desempenho do governo e da economia.

Isto nos remete que se o capital social facilita a cooperação espontânea, então, a confiança é o elemento básico do capital social. Genericamente a presença da cultura cívica favorece a confiança institucional e o inverso também pode ser verdadeiro.

Portanto fica evidente que, para o nosso trabalho, é necessário compreender como se apresenta a participação cívica no Brasil, por este ser um fator de explicação do desempenho institucional.

PUTNAM (op.cit.:132) afirma que o contexto cívico é importante para o funcionamento das instituições porque o principal fator que explica o bom desempenho de um governo é: até que ponto a vida social e política de uma região aproxima-se do ideal da comunidade cívica?

A participação cívica no Brasil tem motivado muitas pesquisas e reflexões no sentido de explicar e compreender como ocorre. Sabe-se que não há tradição de participação cívica em nosso País.

Para explicar a tendência desta falta de participação cívica, é necessário compreender como ocorre a ação coletiva e a política regulatória brasileira.

SANTOS (1994:107-10), analisando a ação coletiva e a política regulatória no Brasil contemporâneo, observa que o País está submetido a intenso processo de deslocamento social que envolve mobilidade horizontal (movimentos migratórios) e

vertical (tanto ascensão quanto queda na estratificação social), devido a um período recente de recessão econômica. Este processo contribuiu para tornar mais acentuadas as características que costumam acompanhar as fases de veloz transição social. Em períodos de acelerada transformação social – como é o caso do Brasil contemporâneo – a percepção e o sentimento de estabilidade são substituídos pela sensação de incerteza. A imprevisibilidade do mundo social implica a impotência dos indivíduos como reflexo de que a circunstância de cada um é cada vez mais independente do comportamento individual. Desse modo, ocorre a erosão das normas de convivência social. A erosão das normas favorece a desconfiança que diminui os laços de solidariedade. Assim, quando o espaço público, social, é reduzido ao puro conflito ou à indiferença, isto gera a desconfiança nas instituições, inclusive naquelas cuja destinação é a preservação das normas como a polícia e o judiciário.

SANTOS (op.cit.:110-15) explica o que lhe parecem ser os dois grandes macroprocessos que são alguns dos promotores do tipo de cultura cívica no Brasil contemporâneo: *a impunidade como função crescente do tempo ou a injustiça lotérica, e a versão competitiva do modelo “máfia”*. O primeiro caso refere-se à convivência entre a liberdade e a frequência de denúncias e sua quase absoluta ineficácia. No Brasil, as denúncias tendem a cair no vazio, assim como os crimes, no esquecimento. A punição é aleatória e, nem sempre, acontece pelos meios institucionalmente apropriados, e pode não corresponder, proporcionalmente, à violação cometida. Neste sentido, sobressai-se o cultivo dos valores privados em detrimento dos valores públicos. E quanto à versão competitiva do modelo máfia, o autor refere-se-lhe como um sistema oligopólico de venda de proteção contra violência e cobertura para violações da lei. O que distingue a máfia de um sistema legítimo de “lei e ordem” é o de não ter a

legalização para funcionar e o fato de ela própria ser fonte de violência contra a qual vende proteção, assim como violações da lei, as quais dá cobertura, são, por ela mesma, induzidas. O que a versão descentralizada do modelo “máfia” sugere é a crescente privatização do espaço público e a formação de microssociedades. Por exemplo, parece-nos que neste tipo de cultura cívica baseiam-se as pessoas entrevistadas que justificaram que *não são doadores* porque “desconfiam do serviço de saúde e dos médicos” e “do possível comércio de órgãos”. Temos clareza que a desconfiança nas instituições é um referencial de cultura cívica em nosso País, pois, infelizmente, os fatos são inegáveis nesta direção. Apesar disso, acreditamos que, às vezes, as saídas podem ser apresentadas por fatores independentes de situações em vigor. Por exemplo, no sistema de captação de órgãos para transplantes vigente antes da implantação do SNT, as regras eram determinadas pelos Centros Transplantadores. Havia, neste caso, um grupo interessado pela atividade e que detinha o poder de determinar as regras de funcionamento. A implantação do SNT, neste sentido, vem para ampliar o problema dos transplantes para toda a sociedade. Assim, apesar da tendência da falta de participação nos debates pela sociedade em geral, pelos motivos já expostos neste trabalho, houve questões paralelas que expuseram o problema publicamente. Neste sentido, a necessidade de compassar os avanços tecnológicos da atividade transplantadora e os fatores inerentes ao sucesso dos mesmos pressionaram para a publicização da questão. Além disso, apesar da pouca pressão demandada pela sociedade civil, a mídia contribuiu, através de reportagens e denúncias, para exposição pública do problema dos transplantes. Neste sentido, a sociedade civil e, particularmente quem carece de transplante, vem sendo lembrada e tendo, assim, a possibilidade de ser favorecida,

muito embora saibamos que há ação de grupos de interesse nesta atividade, ou seja, de médicos e de produtores de equipamentos e de medicamentos.

O contexto *da impunidade como função crescente do tempo ou a injustiça lotérica*, e da *versão competitiva do modelo “máfia”*, referidos por SANTOS (op.cit.), para o nosso trabalho, remete-se a questão da desconfiança nas instituições, gerada pela falta de participação cívica. Tal constatação reflete um tipo de atitude que é desfavorável para outros membros de uma mesma comunidade. Neste caso, o *órgão doado para transplante* – embora tenha pertencido a um membro da sociedade durante sua vida – passa a ser um bem público, quando é *doado*. Então, o *órgão doado para transplante* como um bem público exigiria do Estado, por ser uma instituição regulatória, uma atuação eficaz e confiável, neste caso através do SNT. Porém, de acordo com SANTOS (op.cit.), isto não ocorre porque o Estado, no Brasil, não consegue fazer-se chegar à maioria da população, em função do seu baixo grau de legitimidade. E, o mesmo autor refere que, por seu lado, a maioria da população não reconhece às instituições centrais das poliarquias – partidos, sindicatos, associações – e até mesmo a instituições que justificam a existência do Estado (a justiça e a polícia), não as têm como garantidoras da lei. Nesta mesma perspectiva, ao nosso ver, a maioria da população, também não reconhece o sistema de saúde, na prática, como responsável por garantir *saúde* e, no caso dos transplantes, o SNT.

Completando sua análise, SANTOS (op.cit.:115) também deixa claro que o outro nó crítico da instauração da cidadania no País é a falta de correspondência nos valores embutidos nas políticas públicas. Corroborando com esta idéia – cidadania correspondendo aos valores embutidos nas políticas públicas – SEIBEL (1996:57) afirma que a mudança na cultura política não ocorre somente no aparelho do Estado. Ela

envolve a criação de múltiplos mecanismos de participação e estes, por sua vez, requerem novas condições para o seu desenvolvimento.

As formas de participação e controle da sociedade civil que vêm emergindo recentemente no Brasil são os conselhos municipais, nas suas diferentes áreas, como espaços institucionais para permitir a eficácia de qualquer modernização político administrativa. Neste sentido, a descentralização administrativa requer a participação ativa da sociedade. (SEIBEL,op.cit.:58)

As formas que os segmentos sociais populares têm de encaminhar seus interesses, de forma politicamente organizada, é através de mecanismos institucionais (conselhos municipais, forums); mecanismos de gestão (planejamento e orçamentos participativos) e mecanismos de avaliação (controle sobre as contas públicas e indicadores sociais). (SEIBEL,op.cit.:58)

No caso dos transplantes, pensamos que a forma de encaminhamento de interesses dos segmentos sociais é através de mecanismos institucionais. Portanto, parece-nos que os conselhos de saúde são o caminho mais adequado.

Os conselhos municipais de saúde começaram a ser criados nas cidades como exigência da política de descentralização da saúde. Neste sentido, o conselho de saúde representa um mecanismo institucional de controle social.

No tocante à criação dos conselhos municipais de saúde, em 1996, 54% dos municípios do País tinham conselhos de saúde. (BARROS, 1996:12) citado por CORTES (1998:10).

Salientamos que o espaço de discussão de problemas demandados do *sistema de saúde de alta complexidade* serão os conselhos municipais de saúde, se o município estiver na gestão plena do sistema de saúde. Senão, o espaço será o conselho estadual de

saúde. Isto vale para os estados que estiverem na gestão plena do sistema estadual de saúde.

Analisando o momento atual dos conselhos de saúde, CORTES (op.cit.:10) pondera que eles permanecem com características marcantes das relações entre governo e grupos de interesse no Brasil, ou seja, das relações de clientelismo e paternalismo, especialmente nas pequenas cidades, nas áreas rurais e nas áreas menos industrializadas do País. Apesar de os conselhos poderem colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros.

Contudo, CORTES (op.cit.:11) também se refere ao fator mais influente na determinação do processo participatório, que ocorre nos conselhos municipais de saúde atualmente: são as transformações recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde. Essas mudanças se traduzem por um conjunto de programas, políticas e disposições legais que tiveram, e continuam tendo, influência decisiva sobre os outros fatores relacionados ao processo.

Nesta mesma perspectiva, CARVALHO (1998:25) refere que os conselhos de saúde tendem a estimular, na sociedade, a possibilidade de um exercício mais extensivo da cidadania. Assim, eles conferem *status* público a grupos de interesse, até então, excluídos. Isto porque os conselhos funcionam, também, como catalizadores da disseminação de organizações civis que, independentemente da participação formal nesses órgãos, vão se constituindo como sujeitos políticos e aumentando sua capacidade de intervenção do processo da política pública. Um bom exemplo de grupos de interesse, que ganham identidade e organicidade na sua interação com os conselhos, são

as organizações de pacientes ou portadores de patologias. Estes grupos têm tido importância crescente na arena da saúde, dentro e fora dos conselhos.

Entendemos ser importante refletirmos sobre os conselhos de saúde enquanto fórum de participação da sociedade, porque é neste espaço que os portadores de patologias – aqui, os carentes de transplantes – poderão, através da explicitação de suas demandas/necessidades, conseguir mais parceiros que compreendam e tomem partido em favor desta causa.

3. 2. Critérios de Justiça

Em geral, as reflexões realizadas sobre os critérios de distribuição de bens públicos iniciam-se por fazer a relação com os princípios de justiça social. Assim, organizaremos nossa reflexão a partir da apresentação dos princípios ou critérios de justiça distributiva, vigentes nas sociedades modernas e, depois, atentaremos para particularizar o caso da saúde.

CHEIBUB (1997:76-101), revisando os princípios de justiça distributiva e as teorias contemporâneas de John Rawls, Robert Nozick e Michael Walzer coloca que as concepções de justiça social e os modelos de políticas sociais são questões estritamente relacionadas. No tocante aos critérios ou princípios de justiça, a autora explica que os que têm sido normalmente aceitos são: direito, mérito e necessidade. O princípio do *direito* está presente em todos os modelos de políticas sociais. Isto se dá porque a existência de serviços sociais é parte do direito positivo e constitui um componente da cidadania nas sociedades modernas. Assim, caso se estabelecesse como único critério, permaneceria o *status quo*. É que, no direito positivo, o que vale é a igualdade de

direitos para todos, na mesma proporção. CHEIBUB (op.cit.), quanto aos dois princípios – *mérito* e *necessidade* – aponta que se pode identificar uma importante variação no peso assumido por cada um deles, nos diferentes modelos de política social. Assim, os modelos de política social residual e meritocrático fundamentam-se no princípio do mérito, enquanto o princípio de necessidade – entendido além de necessidades básicas – é o principal fundamento do modelo institucional. O princípio de mérito implica adequar formas de tratamento a qualidades específicas e a ações dos indivíduos. Uma distribuição baseada no mérito, geralmente, produz efeitos desiguais, porque o mérito demanda a adequação de formas de tratamento a qualidades ou ações específicas. O critério da necessidade como base da distribuição gera um resultado mais igualitário. Entretanto, a distribuição baseada na necessidade demanda uma alocação diferenciada de recursos, porque as necessidades são diferentes na sociedade.

Entendemos ser oportuno remetermo-nos à ação das instituições de proteção social, em cada modelo de política social. Para isto, reportamo-nos a COSTA (1998:8), em sua explicação, com base nos trabalhos de Titmuss (para os dois primeiros modelos apresentados nesta sequência) e Marshall (para o terceiro modelo apresentado nesta sequência), segundo a qual podem ser descritos três tipos de modelos de política social: *residual*, *meritocrático* e *institucional-redistributivo*. No modelo *residual*, há dois canais para solução de demandas individuais: a família e o mercado privado. As instituições de proteção agem numa situação de falha dessas instituições (a família e o mercado) por tempo determinado. Este é o modelo social expresso no pensamento liberal clássico. No modelo *meritocrático*, a proteção social depende da economia. Neste caso, as necessidades sociais consistiriam em recompensa ao mérito, o desempenho no trabalho e a produtividade. No modelo *institucional-redistributivo*, o

âmbito da proteção social é conferido pela iniciativa de integração à sociedade, através de garantia de serviços de modo universal, independente do mercado, sob o princípio da equidade. Portanto, de acordo com o autor, é o princípio da equidade que fundamenta uma distribuição baseada nas diferentes necessidades dos indivíduos.

COSTA (op.cit.:9-10) explica que, sendo utilizada a tipologia normativa de Titmuss para a análise de políticas de proteção brasileiras, elas se qualificam em *residuais*, por não apresentarem um desenho tipo ideal, no desenho institucional e na definição da equidade. As políticas de proteção social, no Brasil, apresentaram, até a década de 70, um padrão *meritocrático-particularista*, porque a capacidade de intervenção social estaria baseada na contribuição do trabalhador. Neste sentido, predominavam as formas de representação corporativa de interesses. Embora se verifique a tendência “universalizante” das políticas de proteção brasileiras, ainda não foi possível se estabelecerem as bases organizativas do modelo *institucional-redistributivo*.

Salientamos que é o modelo de política social institucional-redistributivo que está expresso no modelo social-democrata.

VITA (1999:41-5) tem o propósito de esclarecer a concepção de justiça distributiva proposta por Rawls e, a partir disto, evidenciar os problemas que terão de ser enfrentados para que se determine uma política igualitária plausível. Neste sentido, o autor explica que, dentro das teorias de justiça contemporâneas, a teoria da justiça de John Rawls ainda é a mais importante tentativa, neste século, de conciliar os valores centrais da tradição política ocidental, ou seja, liberdade, igualdade, solidariedade e auto-respeito. O autor aponta que há três tipos de bens que são relevantes para uma teoria de justiça distributiva: bens que são passíveis de distribuição (renda, acesso à

educação, emprego, etc); bens que não podem ser distribuídos diretamente (conhecimento, auto-respeito); e bens que não podem ser afetados pela distribuição de outros bens (capacidades física e mental de cada um). VITA (op.cit.) explica que, na teoria de justiça de Rawls, ele se refere aos dois primeiros bens como “bens primários”. Estes (os bens primários) constituem o *distribuendum* do enfoque que Rawls dá sobre a justiça. O autor explica que, Rawls defende a noção de um acordo razoável para o contrato social, ou seja, o *princípio de diferença* para corrigir as desigualdades sociais. Este é o conceito do *maximin* desenvolvido por Rawls que expressa o princípio de diferença. Neste sentido, Rawls preconiza que o grupo dos menos favorecidos deve ser beneficiado com a alocação de mais recursos, com o objetivo de melhorar sua condição. VITA (op.cit.) rejeita o estabelecimento da meritocracia equitativa defendida por Nozick. Para VITA (op.cit.), o princípio do mérito não deve ser usado para a distribuição de bens públicos, por se basear na ênfase às qualidades particulares e pessoais. Neste sentido, a meritocracia é indesejável por que induz à desigualdade de distribuição, por se fundamentar na valorização das qualificações particulares.

No tocante à saúde, MEDEIROS (1999:3-4) pondera que, embora existam outros princípios aplicáveis, o debate sobre a justiça alocativa, neste caso, paira, predominantemente, sobre dois paradigmas de justiça: o princípio da *igualdade* e o princípio da *equidade*.

Pelo princípio da igualdade, como já vimos neste trabalho, todos têm o mesmo direito e, portanto, enquanto critério de justiça distributiva, vigoraria o *status quo*. É, portanto, o princípio da equidade que tem sido o referencial para melhorar as desigualdades em uma sociedade.

Neste sentido, parece-nos pertinente, buscar o relacionamento da saúde com os critérios de justiça distributiva. BERLINGUER (1996:81-9) analisa a origem do relacionamento entre equidade e saúde. O autor remete o termo equidade ao valor intrínseco e único de cada pessoa e a importância de medidas destinadas a promover o bem-estar daqueles que não conseguiram ser superados por vontade e comportamento pessoais. Remetendo o conceito de equidade, enquanto conceito relativo à justiça, o autor opta por assumir o conceito de equidade (*fairness*) que é central nas teses de John Rawls. BERLINGUER (op.cit.) enfatiza que a vida e a saúde estão intrinsecamente relacionadas às condições de vida. Nas condições de vida, interferem fatores que podem escapar às escolhas individuais e às decisões coletivas. Neste sentido, as instituições básicas de uma sociedade democrática devem tender a reduzir (por intermédio de medidas político-sociais preventivas e terapêuticas) a influência de fatores “moralmente arbitrários”, nas oportunidades de vida de cada um. Assim, o autor remete que, embora útil, o direito social de usufruir dos procedimentos que são função específica e tradicional da medicina, não são suficientes, quando se considera que o indicador de igualdade também está condicionado a algumas aptidões básicas. Neste sentido, o autor, referenciando Amartya Sen, remete o indicador de igualdade, convertido na realização de aptidões básicas ao tema da responsabilidade. Assim, os sistemas assistenciais públicos precisam rever a única dimensão que, tradicionalmente, tem sido enfatizada, ou seja, o custo dos tratamentos. Esta tendência está relacionada ao fato de que, em geral, os sistemas assistenciais públicos foram criados por iniciativa dos trabalhadores. Com o passar do tempo, esses sistemas tornaram-se sobrecarregados e burocratizados, paternalistas e autoritários e, em muitos casos, excluindo a expressão das aptidões, da responsabilidade pessoal e coletiva de um conjunto de coisas a serem atendidas.

Assim, parece-nos que os princípios de diferença, de necessidade e de equidade (referidos pelos autores que mencionamos neste trabalho) identificam-se no sentido de se referirem à necessidade de alocação de mais recursos para melhorar a situação dos menos favorecidos. A saúde, enquanto um *bem* passível de distribuição, se baseia no *acesso à saúde*. Nesta perspectiva, entendemos a saúde no seu sentido amplo e não apenas como a ausência de doença.

Assim, o paradigma do custo dos tratamentos, como o principal fundamento da alocação de recursos na saúde, é o que ainda vigora, de uma maneira geral. Neste sentido, VARGA (1998:202-03) coloca que, no caso dos transplantes, o problema da justiça distributiva, que permeia o custo social dos transplantes de órgãos, são os recursos médicos e financeiros disponíveis e a forma mais equitativa de distribuí-los.

No entanto, é necessário lembrar que os resultados benéficos do progresso, amparado por fundos públicos, não podem estar à disposição apenas dos mais ricos, mas de todos quantos deles necessitem. Neste sentido, há a exigência de uma distribuição equitativa dos bens de que a sociedade dispõe, fundamentada na justiça distributiva. Por seu lado, a justiça distributiva exige uma cuidadosa análise para saber se a justiça e a equidade, na distribuição de bens na sociedade, estão sendo observados no investimento desses recursos. (VARGA, op.cit.:212)

Vale lembrar que a atividade transplantadora pertence ao *sistema de alta complexidade* e que, portanto, é um serviço de alto custo. De uma maneira genérica, as atividades do sistema de alta complexidade, ou seja, do sistema hospitalar, tem sido analisado sob a ótica do quanto custa para o sistema de saúde. Neste sentido, MENDES (1996:180-2), avaliando a tendência dos gastos hospitalares quanto à relação ambulatório/hospitais, citando BRISCOE (1990), refere que no Brasil, estes gastos se

elevaram de menos de 40% do gasto público total, nos anos 60, para aproximadamente 70%, no início dos anos 80. Para MENDES (op.cit.), este sobre-gasto hospitalar tem várias explicações, sendo que, a principal, é o modelo hospitalocêntrico vigente no País, até o início da década de 90. Atualmente, a tendência universal, especialmente nos países do primeiro mundo, é a da adoção de composições tecnológicas que, sem afetar a qualidade, sejam menos custosas. Neste sentido, vêm sendo introduzidas, crescentemente, práticas como a cirurgia ambulatoria, a ambulotorização de certos tratamentos clínicos, antes realizados em hospital, o cuidado no domicílio como alternativa à hospitalização, etc.

No caso dos transplantes, por sua característica de ser uma intervenção de último recurso para a recuperação do paciente, parece-nos que não cabem esses exemplos de composições tecnológicas que MENDES (op.cit.) menciona. A alternativa possivelmente mais adequada é a de investir na detecção precoce de doenças que possam evoluir para a necessidade futura de um transplante.

MEDEIROS (1999:7-11) faz uma conexão entre princípios de igualdade e equidade e estratégias de universalização e focalização de políticas sociais para a alocação de recursos em saúde. Assim, o autor relaciona igualdade com universalização e equidade com focalização. Para o autor, o maior obstáculo à universalização é a escassez de recursos. Optar pela focalização, aparentemente, permitiria garantir serviços de boa qualidade aos indivíduos mais vulneráveis da sociedade. No entanto, a focalização dos programas nos grupos mais pobres da sociedade implica, por exemplo, perdas para as classes médias. Os critérios epidemiológicos possuem um alto grau de orientação à “coletividade”, na decisão de alocar recursos. Neste sentido, o critério de alocação utilizado é o grau de necessidade dos indivíduos em um determinado instante.

Assim, esta medida aumenta a eficiência na produção de um bem público visando a suprimir as necessidades da coletividade, nos momentos seguintes à distribuição dos recursos em saúde. Neste sentido, para o autor, os critérios epidemiológicos podem indicar tanto a universalização como o melhor meio de produzir o benefício focalizado, quanto indicar a focalização como o melhor meio de produzir o benefício universal. Tal situação, indiferentemente, tem como pano de fundo, tanto o princípio da equidade como o da igualdade.

Entendemos que esta consideração – do critério epidemiológico – é válida, também, para os transplantes. No caso da distribuição de órgãos para transplantes, ele é válido para a distribuição geográfica dos serviços, devido à particularidade da viabilidade do órgão captado e também relacionado à estrutura do Centro Transplantador. Assim, este critério é importante na decisão de estruturar o Centro de Captação e o Transplantador.

Atentaremos, agora, para o debate dos princípios de justiça distributiva no caso da distribuição dos órgãos doados para transplantes.

VARGA (1998:202), no caso da escolha dos receptores de transplantes, explica que uma justa seleção é tão difícil que alguns sugeriram que esta se realizasse por “sorteio”, ou pelo princípio “quem chegou primeiro é primeiro atendido”, que seria o método mais equitativo. Todos os outros critérios, como por exemplo, o valor e a dignidade social, poderiam ser tão subjetivos que, inevitavelmente, seriam discriminatórios. O “sorteio”, segundo o autor, teria a vantagem de que cada qual teria uma oportunidade igual, baseada, unicamente, na necessidade de um órgão, e nada mais.

Nos parece que sugestões de seleção de receptores baseadas no “sorteio” revelam a justiça frágil na distribuição de órgãos, ou seja, para solucionar um problema complexo são apontadas respostas frágeis. O “sorteio”, em uma situação complexa como esta, *de vida ou morte e de justiça social*, revela a impotência política diante de problemas públicos complexos. Neste caso, através do “sorteio” não está sendo aplicado nenhum critério de justiça social. Outro problema é considerar a necessidade do órgão por si só. Esta orientação também não é suficiente, quando a relação entre carentes de transplantes e órgãos disponíveis não é equilibrada, ou seja, há mais carente de transplante do que órgãos disponíveis. Sobre esta situação, recentemente, no Brasil, vem sendo incorporado o uso de recurso das liminares na justiça para priorização de transplante baseado no critério da urgência.

Lembramos que no Brasil foi adotado o critério para a escolha do receptor que “quem chegou primeiro é primeiro atendido” = *tempo de lista*. Portanto este foi o único critério utilizado enquanto critério de distribuição de bem público e portanto de justiça. Neste ponto, ao nosso ver, foi onde mais se avançou enquanto critério público de distribuição de bem público.

Todavia em se tratando da satisfação de necessidades, vale lembrar que saúde e autonomia, independentemente da cultura, são necessidades básicas de todos os indivíduos. (DOYAL e GOUCH, 1994:121)

Em nosso trabalho, hierarquizamos os critérios de distribuição de *órgãos para transplantes*, estabelecidos pelo SNT, como: clínico, urgência, particular, burocrático e oportunidade. Aos critérios clínico, urgência, particular e oportunidade chamamos critérios técnicos, ou seja, estes são inerentes à doença que acometeu a pessoa, ao órgão que está comprometido e às particularidades de compatibilidade imunológica e

antropométrica entre receptor do órgão e doador do órgão. O critério burocrático é o de tempo decorrido da lista de receptores da CNCDO e a lista de receptores regionalizada. Contudo, na saúde, em especial na medicina, os critérios técnicos têm sido considerados, tradicionalmente, de peso relevante, deixando os critérios distributivos em segundo plano.

Buscaremos, então, fazer uma hierarquização, concomitante conexão e tentar explicar os princípios de justiça, apresentados pelos autores a quem recorreremos neste trabalho, e os critérios de distribuição de órgãos utilizados pelo SNT.

Entendemos que os *princípios de direito e igualdade* têm o mesmo sentido, ou seja, ambos se referem ao direito positivo e se constituem em um componente da cidadania nas sociedades modernas. Remetendo estes princípios para os transplantes, significa que todos têm direitos iguais a receber o órgão a fim de se realizar o transplante que lhe restitua a saúde e, portanto, sua vida. Entretanto, o princípio do direito/igualdade não pode ser o único a ser considerado, senão permaneceria o *status quo*, ou seja, para a distribuição de bens públicos precisam ser agregados outros princípios ao de direito/igualdade.

O *princípio do mérito* implica a adequação de formas de tratamento a qualidades ou ações específicas. Neste sentido, as qualidades particulares ou pessoais têm maior peso. A consequência disso é uma distribuição discriminatória. Assim, o princípio do mérito é indesejável como critério de distribuição por gerar e potencializar as desigualdades. Remetendo o princípio do mérito para os transplantes, parece-nos que este princípio se relaciona aos critérios técnicos de distribuição de órgãos instituídos pelo SNT. Neste trabalho, os critérios que chamamos de técnicos são aqueles particulares de cada receptor a ser selecionado, ou seja, os *critérios clínico, urgência,*

particular e oportunidade. Compreendemos que tais critérios precisam ser considerados e estabelecidos porque influenciam na prática terapêutica da medicina. No entanto, por serem particulares, parece-nos inegável não considerá-los meritocráticos. Portanto, a consequência disso é: ter o princípio do mérito como o de maior peso estabelece-se a desigualdade. Este fato implica o impasse gerado por recursos impetrados como o de liminares judiciais, fundamentadas no critério de urgência para a priorização do transplante da pessoa que se vale deste recurso. O perigo, para este tipo de prática, é o de que se crie uma *indústria de liminares judiciais* que terão, como consequência direta, fragilizar o critério do tempo de lista de receptores. Este último critério é o que nos parece ser o único critério que pode ser enquadrado como um princípio de justiça distributiva. Retomaremos a ele mais adiante.

Entendemos que os *princípios de necessidade, equidade e diferença* remetem a uma distribuição baseada nas diferentes necessidades dos indivíduos implicando em gerar um resultado mais igualitário. Ao nosso ver, no caso do SNT, este princípio não está materializado dentro dos critérios de distribuição de órgãos.

O *critério do tempo de lista*, que aqui chamamos de burocrático, ao nosso ver, materializa o *princípio da igualdade*. Isto porque todos os receptores para todos os órgãos são contemplados com a mesma pontuação, ou seja pontuam 0,033 por dia de lista. Neste sentido, já nos referimos a ele como um critério universalizante.

Em síntese, de acordo com os dados levantados neste trabalho, pensamos que os critérios de distribuição de órgãos, atualmente considerados pelo SNT, não são suficientes para garantir uma distribuição de órgãos equitativa, pois, ao nosso ver, eles não materializam, com grande peso, os princípios de justiça distributiva. Neste sentido, constatamos que o princípio do mérito tem grande peso como critério expresso e

argumentado na lista de espera. Pensamos que, deste modo, evidencia-se a necessidade de se agregarem outros critérios na distribuição de órgãos pelo SNT que expressem uma distribuição equitativa. Atualmente, através da *possível criação de uma indústria de liminares judiciais*, já se fragiliza o único critério que materializa, ao nosso ver, o princípio da igualdade, ou seja, o critério de tempo de lista.

Quanto aos princípios para a alocação de recursos em saúde, verificamos que são os *princípios de universalização e de focalização* os que têm vulto na atualidade. Em geral, a universalização de recursos nos remete ao princípio da igualdade como critério de justiça distributiva. Neste sentido, o problema que geralmente tem sido levantado é o da escassez de recursos. Este fato leva à alegação usual de que são poucos os recursos disponíveis para contemplarem a necessidade de muitos. Assim, tem sido justificada a focalização como princípio para a alocação de recursos em saúde. Este critério fundamenta-se no princípio da equidade, enquanto critério de justiça distributiva. Neste sentido, a focalização tem sido justificada para garantir serviços de boa qualidade aos mais vulneráveis. Entretanto, este tipo de alocação de recursos implica, por exemplo, perdas para a classe média, ou o estabelecimento de propostas de atenção primária seletiva, como estratégia de medicina simplificada. Assim, pensamos que o princípio da focalização também não deveria ser tomado de forma isolada.

Capítulo 4

Observações Empíricas Sobre a Opção de Doação de Órgãos e os Critérios de Distribuição de Órgãos para Transplante

4. 1. Instituto de Identificação de Florianópolis

A pesquisa de campo realizada junto ao Instituto de Identificação de Florianópolis teve, como objetivo específico, analisar o problema da confiança nas instituições, na relação Estado-Sociedade no Brasil, particularmente, nas políticas públicas de saúde e suas consequências no aspecto do SNT, na captação e distribuição de órgãos.

O objetivo específico de análise neste universo da pesquisa foi investigar o momento de decisão sobre a doação de órgãos, ou seja, o momento desta decisão, já avaliada ou não, vai expressar a confiança nas instituições, através do *sim* ou *não* para a *doação*, relacionado ao motivo desta decisão.

O método utilizado foi entrevista diretiva orientada por roteiro que apresentamos no anexo 1 deste trabalho.

Os dois critérios utilizados para esta análise foram:

- a) aqueles que pressupomos estarem permeando a decisão das pessoas, no momento de manifestar sua vontade de doação, ou seja, a instância em que ocorre informação e esclarecimento sobre doação de órgãos, que possam ter influenciado nesta decisão. Sugerimos, no formulário de pesquisa, quatro instâncias, e deixamos um quinto item para resposta aberta. As instâncias sugeridas foram: a família, os amigos e colegas

de trabalho, a mídia e o local onde somos obrigados a manifestar esta vontade (neste caso o Instituto de Identificação); e

b) aquele ou aqueles que motivaram a decisão do entrevistado. No formulário, esta questão foi formulada em pergunta aberta.

Coletamos também, em nossa pesquisa, dados para traçar o perfil das pessoas entrevistadas quanto ao gênero, faixa etária e grau de escolaridade. Neste caso, queríamos avaliar sua influência na decisão de doação.

Nesta pesquisa, optamos por trabalhar com entrevistas que significassem uma amostra de, pelo menos, 10% da média mensal de pessoas optantes pela doação de órgãos, desde que a atual lei de transplantes passou a vigir. A pesquisa realizou-se no período de 21 a 24 de setembro de 1999 e de 27 a 28 de setembro de 1999.³⁷

Na tabela 6, observamos que, nos 26 meses levantados pelo Instituto de Identificação de Florianópolis, a média de pessoas obrigadas a optar pela doação foi de 1.183 por mês. Nossa pesquisa, com 220 entrevistas no mês de setembro de 1999, correspondeu a uma amostra de 19 % do total de carteiras de identidade, emitidas por mês, do total de documentos emitidos para pessoas que são obrigadas a fazer sua declaração quanto à opção da doação de órgãos para transplante.³⁸

³⁷ Os dias 25 e 26 de setembro de 1999 foram, respectivamente, Sábado e Domingo.

³⁸ Conforme o parágrafo 5º do artigo 14 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

Tabela 6. Levantamento realizado pelo Instituto de Identificação de Florianópolis.

Mês / Ano	TOTAL	Masculino		Feminino	
		Doadores	Não Doadores	Doadores	Não Doadores
Julho / 1997	1.141	253	289	308	291
Agosto / 1997	1.169	286	289	282	312
Setembro/ 1997	1.220	308	317	257	338
Outubro/1997	987	241	258	217	271
Novembro/1997	1.053	251	293	212	297
Dezembro/1997	1.104	218	307	206	373
Janeiro/1998	1.527	268	443	267	549
Fevereiro/1998	1.035	226	286	245	278
Março/1998	1.324	295	356	333	340
Abril/1998	1.173	279	292	308	294
Maior/1998	1.207	276	332	281	318
Junho/1998	1.100	278	293	243	286
Julho/1998	1.348	324	342	339	343
Agosto/1998	1.229	294	347	287	301
Setembro/1998	1.288	318	328	306	336
Outubro/1998	1.075	252	266	265	292
Novembro/1998	1.095	262	292	275	266
Dezembro/1998	922	193	256	226	247
Janeiro/1999	1.034	246	246	277	265
Fevereiro/1999	1.036	263	253	260	260
Março/1999	1.241	332	320	310	279
Abril/1999	1.154	277	294	277	306
Maior/1999	1.227	307	343	281	296
Junho/1999	1.259	319	375	275	290
Julho/1999	1.358	336	362	342	318
Agosto/1999	1.445	377	384	338	346

Fonte: Instituto de Identificação de Florianópolis, setembro de 1999.

Quanto ao perfil dos optantes por sexo e opção apresentado na tabela 6, observamos que:

- Em 1997 (de julho a dezembro), o total de optantes foi de 50%, para ambos os sexos. 24% dos *doadores* eram homens e 22%, mulheres. Dos *não doadores*, 28% eram mulheres e 26%, homens;
- No ano de 1998 (de janeiro a dezembro), o total de optantes foi de 51% do sexo feminino e 49%, do masculino. Do total de *doadores*, 24% eram mulheres e 23%, homens. Dos *não doadores*, houve 27% para ambos os sexos;
- No ano de 1999 (de janeiro a agosto), o total de optantes homens foi de 52% e mulheres, 48%. Entre os *doadores*, 25% foram do sexo masculino e 24%, do feminino. Do total dos *não doadores*, 27% eram homens e 24%, mulheres.

Portanto, a questão de gênero não tem influência aparente nesta decisão, pois houve variações quanto à opção por sexo, nos períodos dos três anos apresentados.

A seguir, apresentamos o resultado de nossa pesquisa. Optamos por deixar as pessoas entrevistadas no anonimato, por respeito à sua privacidade.

O perfil das pessoas entrevistadas (220 pessoas no total) quanto a gênero, faixa etária e grau de escolaridade é apresentado nas tabelas 7 e 8.

Nesta pesquisa, 48% das pessoas entrevistadas foram mulheres e 52%, homens.

Quanto à faixa etária, destacaram-se 35% das pessoas que tinham entre 31 a 40 anos; 27,3%, entre 21 a 30 anos e 20,4%, entre 41 a 50 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, 31,4% dos entrevistados possui o 1º grau incompleto; 23,2%, 2º grau completo e 16%, 3º grau completo.

Tabela 7. Total e percentual de pessoas entrevistadas por sexo e faixa etária.

Sexo		Faixa Etária						
F	M	< 21	21-30	31-40	41-50	51-60	60-70	71 e +
106	114	3	60	77	45	17	14	4
48,0%	52,0%	1,4%	27,3%	35,0%	20,4%	7,7%	6,4%	1,8%

Obs: Total de pessoas entrevistadas = 220.

Tabela 8. Total e percentual de pessoas entrevistadas por grau de escolaridade.

Grau De Escolaridade						
Sem Escola- ridade	1º grau		2º grau		3º grau	
	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto
8	23	69	51	21	35	13
3,6%	10,4%	31,4%	23,2%	9,5%	16,0%	6,0%

Obs: Total de pessoas entrevistadas = 220.

De acordo com os dados apresentados de maior peso, o perfil das pessoas entrevistadas foi: 52% eram homens, 35% tinham entre 31 a 40 anos (portanto a hipótese é a de que buscavam a 2ª via da carteira da identidade); 31,4% das pessoas

entrevistadas tinham o 1º grau incompleto. Esclarecemos que este perfil não pode ser universalizado, pois, como comentado sobre dados da tabela 6, o perfil dos optantes por sexo, no Instituto de Identificação, não é constante. A variação ou constância não pode ser comprovada por falta de dados do Instituto de Identificação quanto à idade e grau de escolaridade dos optantes. Também não foi possível, neste sentido, colher amostras mensais, dado o limite de tempo para a conclusão deste trabalho.

A seguir, apresentamos o que permeou a decisão das pessoas entrevistadas no momento de manifestar sua vontade de doação, ou seja, a instância na qual ocorre informação e esclarecimento sobre o assunto da *doação de órgãos*. A tabela 9 mostra as respostas pré-sugeridas no formulário de entrevistas. Houve outras respostas dos entrevistados, que também foram sistematizadas nesta tabela. Constam da pesquisa na resposta “Outros”. Nesta tabela 9, estes casos estão apresentados como: “Por decisão pessoal” e “Outras instâncias”. Sistematizamos as demais instâncias levantadas pelas pessoas entrevistadas como “Outras Instâncias” porque, se apresentadas sozinhas seriam insignificantes, pois muitas foram referidas, às vezes, somente por uma pessoa.

Tabela 9 . Sistematização das instâncias em que ocorreram a decisão de *ser ou não doador de órgãos para transplante*.

Em que instância ocorre a decisão de ser ou não ser doador de órgãos?	TOTAL	%
Com o funcionário do Instituto de Identificação	71	32
Por decisão pessoal	66	30
Outras instâncias	31	14
Na sua família	26	12
Na mídia	20	9
Entre seus amigos e colegas de trabalho	5	2

Obs: Total de entrevistados = 220 pessoas.

Analisando a tabela 9, observamos que as instâncias de informação e esclarecimento sobre doação de órgãos que mais se destacaram foram: 32% no local onde somos obrigados a manifestar a vontade de doação, ou seja, “Com o funcionário do Instituto de Identificação” e 30% “Por decisão pessoal”.

Analisando este critério da pesquisa, observamos:

a) o peso da informação do funcionário sobre a decisão da opção das pessoas. Este aspecto já vem sendo questionado pela ABTO e pela atual coordenadora do SNT, quanto à qualificação dos funcionários para tal tarefa. Outro aspecto importante é a circunstância em que a decisão é tomada. Independente da boa vontade, ou não, do funcionário do Instituto, qualquer esclarecimento, havido no momento da decisão, deve ter sido, além de mínimo ou não qualificado, rápido, sem qualquer reflexão maior dado a natureza das tarefas do Instituto. Esta questão, é grave, considerando as implicações futuras que tal decisão poderá ter, ou seja, pode implicar a permanência de menos doadores, por falta de esclarecimento adequado sobre o assunto. Assim, parece estar ocorrendo uma “opção por decisão desinformada”. Isto reflete, por um lado, a cultura da falta de envolvimento pela sociedade civil em questões públicas, visto que as pessoas estão tomando decisões sobre o seu próprio corpo, sem reflexão prévia e debate sobre o assunto. Por outro lado, sugere a necessidade de maior divulgação de informações e esclarecimento à população pelos órgãos competentes sobre doação de órgãos. Aliás, ainda está em debate quais são os atores competentes para dar este tipo de esclarecimento à população. Este debate é importante porque:

- A doação ocorre na comunidade e os beneficiados também estão nela;

- O esclarecimento sobre a doação não implica somente informar que a *opção é obrigatória*;
 - Devido à afinidade de todo o setor saúde com a atividade transplantadora, talvez os atores competentes para este esclarecimento pertençam a este serviço.
- b) A resposta “Por decisão pessoal” expressa uma decisão subjetiva. Neste caso, as pessoas responderam que não se influenciavam por nada, nem por ninguém, e que decidiam sozinhas. Isto nos permite lançar hipóteses sobre o que a motivou:
- alguma insegurança quanto à entrevista;
 - dificuldades de exposição da tomada de decisão;
 - o pensamento de que a decisão tomada é, também, sua intimidade e por isso não deve ser compartilhada.

Portanto, pelos resultados desta pesquisa, concluímos que a decisão não é fruto de uma reflexão com base em esclarecimentos publicizados, ou seja, há pouco debate público.

Procuramos saber dos entrevistados qual a sua decisão sobre a *doação de órgãos* e qual o motivo desta decisão. Esta questão foi formulada como pergunta aberta.

O total de *doadores* no período completo da pesquisa foi de 104 pessoas, correspondendo a 47 % do total de entrevistas realizadas. E o total de *não doadores*, no mesmo período, foi de 116 pessoas, ou seja 53 % das pessoas entrevistadas. Na tabela 10, são apresentados estes dados.

Tabela 10. Total geral e percentual por cada opção.

Opção da pessoa entrevistada	TOTAL	%
Total de doadores	104	47
Total de não-doadores	116	53
Total geral de entrevistados	220	100

No caso das pessoas que decidiram *ser doador*, não foi necessário, a elaboração de uma tabela para sistematização dos dados, pelo fato de a resposta ser unânime: 100% das pessoas disseram que são doadoras “Por motivo de solidariedade”.

Achamos que esta motivação pela doação é sugestiva para o resultado positivo que pode ser obtido quando as pessoas são esclarecidas e informadas sobre o assunto.

Quanto ao motivo da decisão das pessoas de *não ser doador de órgãos para transplante*, a sistematização dos dados é apresentada na tabela 11.

Tabela 11. Total e percentual de pessoas entrevistadas quanto a suas respostas sobre a decisão de *não ser doador de órgãos para transplante*.

Porque a sua decisão sobre a doação de órgãos é NÃO?	TOTAL	%
Respostas que refletiram a questão da desconfiança nas instituições. Ou seja, a desconfiança nos serviços de saúde e nos médicos e o possível comércio de órgãos.	35	30
Por que não pensou no assunto	26	22
Por motivos particulares	13	11
Sem motivo claro	9	8
Por motivo religioso	6	5
Por achar que assim como nascemos com nossos órgãos devemos morrer com eles	6	5
Por motivo de saúde	6	5
Não se interessa por ser doador	4	3
Prefere que sua família decida pela doação na ocasião de sua morte	2	2
Por preconceito com relação a retirada de órgãos	2	2
Por achar-se idoso	2	2
Por trabalhar distante da família e recear que sua família não seja avisada.	2	2
Desagrada pensar neste tipo de procedimento com seu corpo	1	1
Por decisão familiar. Deveria se poder doar para quem se quer	1	1
Porque não gosta de ser doador	1	1

Obs: O total de pessoas entrevistadas que não são doadoras de órgãos são 116 pessoas.

Analisando a tabela 11, observamos que o motivo de maior peso para *não ser doador de órgãos para transplantes* foi que “reflete a desconfiança nas instituições”. Neste grupo, que representou 30% de *não doadores*, o motivo referido foi “desconfiança no serviço de saúde e nos médicos” e “desconfiança quanto ao possível comércio de órgãos”.

O segundo motivo mais apontado como decisivo para a *não doação* foi “Porque não pensou no assunto”, que representou 22% do total. Isto nos remete à reflexão da falta de debate, de informação e produção de opinião pública. Isto também reforça outro aspecto segundo o qual as pessoas estão decidindo pela “opção por decisão desinformada”. Este argumento de decisão demonstra falta ou pouco esclarecimento sobre o assunto da doação de órgãos e, também, a ausência ou pouca reflexão e debate sobre este tema.

Em síntese, a origem da informação sobre o assunto da doação de órgãos e sua opção nesta pesquisa revelou que:

- a) a origem da informação sobre a “obrigação” da opção da *doação de órgãos* teve, como instância mais frequente para a maioria das pessoas entrevistadas, “O funcionário do Instituto de Identificação”. Isto significa que as pessoas podem estar tomando decisões sobre o seu próprio corpo, sem reflexão e debates anteriores. Parece-nos que isto ocorre por falta de esclarecimento sobre o assunto. Portanto, a opção está sendo tomada pela “opção por decisão desinformada”.
- b) 53% das pessoas entrevistadas optaram por não ser doador de órgãos para transplantes. O motivo mais apontado foi “desconfiança nas instituições”. Destaca-se, “desconfiança no serviço de saúde e nos médicos”, e “possível comércio de órgãos”. Isto reflete o grau de confiança que estas pessoas demonstraram ter pelas

práticas da instituição saúde. Acreditamos que o baixo grau de confiança nas instituições, levantado em nossa pesquisa, está diretamente relacionado à herança das políticas públicas no Brasil, através de suas práticas que culmina com os descasos pela saúde, fato que tem sido frequentemente noticiado pela mídia.

4. 2. Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para Transplantes (CNCDOs) do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul

Na pesquisa de campo com os técnicos das CNCDOs do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, buscamos investigar sua avaliação sobre a captação e critérios de distribuição de órgãos para transplantes.

A metodologia utilizada consistiu em dois tipos de questionários diretivos com respostas abertas. Os formulários destas entrevistas são apresentados no anexo 2 deste trabalho. No primeiro tipo, destinado especificamente, ao coordenador(a) da CNCDO (quadro 2 do anexo 2), foi acrescentada a primeira pergunta referente à composição de sua equipe de trabalho. O segundo tipo destinou-se aos demais membros da equipe (quadro 3 do anexo 2).

Formulamos três perguntas relacionadas às compatibilidades (ou incompatibilidades) da lei de transplantes. Cada uma destas três questões continham pressupostos para atingir o levantamento buscado. A seguir, descreveremos o que pressupomos em cada pergunta:

- a) na questão sobre a equanimidade da lei de transplantes, pressupomos levantar o que os técnicos pensavam sobre a igualdade e imparcialidade da aplicação da lei;

- b) na questão sobre em que aspecto a lei reflete o cotidiano da Central, pressupomos levantar o que os técnicos pensavam sobre as facilidades e dificuldades na aplicação prática do que foi previsto na lei; e
- c) na questão sobre os critérios usados na definição da distribuição dos órgãos para transplante, pressupomos levantar o parecer dos técnicos sobre a justiça ou injustiça nesta distribuição.

Coletamos também dados para traçar o perfil técnico das equipes destas CNCDOs e que tipo de dificuldades administrativas haveria para sua organização, bem como do SNT.

Realizamos a pesquisa nas CNCDOs, durante 8 dias, no período de 01 a 29 de outubro de 1999. A ordem temporal de realização desta pesquisa ocorreu de acordo com a disponibilidade de tempo do coordenador de cada CNCDO em nos receber.

A seguir, apresentaremos cada CNCDO pesquisada, no que se refere à data em que a pesquisa se realizou e a composição da equipe técnica.

4.2.1. Santa Catarina

Florianópolis:

Esta pesquisa foi realizada em 01 de outubro de 1999 na CNCDO de Santa Catarina. Esta CNCDO tem o nome fantasia de TRANSCAP (Central de Captação e Transplantes de Órgãos Humanos de Santa Catarina). Foi criada em 1996 e, no momento da realização desta pesquisa, estava em fase de implantação oficial. Sabemos, no entanto, que em dezembro de 1999 efetuou-se a implantação oficial desta CNCDO. Há planos para que sejam criadas 5 regionais na CNCDO de Santa Catarina, a serem

sediadas nas seguintes cidades: Joinville³⁹, Blumenau⁴⁰, Chapecó, Criciúma e Florianópolis (onde também é a sede da TRANSCAP).

A TRANSCAP funciona no Hospital Celso Ramos, em Florianópolis. É uma Central Governamental.

A equipe técnica é composta por 1 coordenador que é médico, 2 enfermeiras, 1 administradora e 1 assistente social.

Joinville:

A Central de Joinville é uma regional da CNCDO de Florianópolis. É uma ONG (Organização Não Governamental). Está sediada no Hospital Santa Helena, hospital privado.

Realizamos nossa pesquisa junto a esta Central em 04 de outubro de 1999.

A equipe é formada somente por 2 pessoas: 1 coordenadora, médica e, 1 secretária.

A Central iniciou suas atividades em dezembro de 1996, com uma equipe que atua voluntariamente. Sua forma de organização foi inspirada na “São Paulo Interior Transplantes” (SPIT)⁴¹. A SPIT é uma ONG, fundada em 1987, e congrega 42 Centros de Diálise e/ou Transplante Renal em 30 cidades do interior do estado de São Paulo, e de Minas Gerais. Na SPIT, há também uma Central de Captação de Órgãos, organizada como cooperativa.

³⁹ Em Joinville já há uma Central de Transplantes em funcionamento, e que descreveremos em seguida, porque realizamos nossa pesquisa também nesta Central de Transplantes.

⁴⁰ Atualmente, em Blumenau, há transplante de rim e córnea que são realizados em um hospital privado, mas ainda não tem Central de Transplante implantada.

⁴¹ Maiores detalhes sobre a SPIT ver seu endereço na internet: <http://www.fmrp.usp.br/spit/oquee.htm>

4.2.2. Paraná

Curitiba:

Nossa pesquisa junto à CNCDO do Paraná ocorreu no período de 19 a 21 de outubro de 1999, em Curitiba. A Central está sediada no HEMOPAR (Laboratório de Hematologia do Paraná). A CNCDO do Paraná, atualmente organiza-se em três regionais : a Central de Transplantes de Curitiba (que atende Curitiba e região metropolitana), a Central de Transplantes de Londrina (Regional Norte, e que atende as cidades de Cornélio Procopio, Apucarana, Cambé e Ivaiporá), e a Central de Transplantes de Maringá (Regional Noroeste, e que atende as cidades de Umuarama, Cianorte, Campo Mourão e Paranavai)⁴².

A equipe da Central de Transplantes de Curitiba, compõe-se de: 1 coordenadora (enfermeira), 1 assessor (médico), 6 técnicos de captação (sendo 4 assistentes sociais e 2 enfermeiras), 3 técnicos que organizam os bancos de dados de receptores, doadores e transplantes realizados (sendo 2 enfermeiras e 1 assistente social), e 9 técnicos administrativos de nível médio.

A Central de Transplantes do Paraná iniciou suas atividades em dezembro de 1995. Foi criada por lei estadual, com o objetivo de estimular a doação de órgãos e controlar sua distribuição.

4.2.3. Rio Grande do Sul

Porto Alegre:

⁴² Devido à questão do tempo acadêmico para elaboração desta pesquisa, no Paraná, optamos por fazer nossa pesquisa somente em Curitiba.

A pesquisa na CNCDO do Rio Grande do Sul foi realizada no período de 26 a 28 de outubro de 1999, em Porto Alegre.

Em setembro de 1994, foi criado o Programa de Doação de Órgãos e Transplantes (PDOT) vinculado ao Departamento de Ações da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com o objetivo de facilitar as atividades de doação e captação de órgãos e a promoção de campanhas em favor dessa doação. Este programa foi criado por lei estadual. Somente em maio de 1997, após a visita à Central do Paraná para estudo de sua organização e reunião no Ministério da Saúde junto à Coordenação de Alta Complexidade, é que foi criada a Central de Transplantes de Rio Grande do Sul, que se encontra diretamente vinculada ao PDOT.

Sua equipe compõe-se da seguinte forma: 1 coordenador, médico; 5 médicos coordenadores plantonistas (que trabalham por escala e ficam de sobreaviso), 1 enfermeira (que tem a função de coordenadora plantonista de sobreaviso e atividades administrativas), 1 técnico administrativo e 10 estagiários acadêmicos de medicina, plantonistas (trabalham por escala e recebem o certificado deste estágio, este trabalho é remunerado).

4.2.4. Síntese dos Dados Levantados nas CNCDOs

4.2.4.1. Perfil técnico das equipes das CNCDOs pesquisadas:

Os profissionais que atuam nestas Centrais são: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, administradores, acadêmicos de medicina e técnicos administrativos de nível médio.

4.2.4.2. Organização Administrativa das CNCDOs:

Analisando os dados levantados na pesquisa realizada nas CNCDOs da Região Sul, observamos que:

- a) na organização das Centrais de Transplantes houve particularidades em cada uma, porém a necessidade de infraestrutura adequada foi o principal problema destacado por todas;
- b) relacionado aos recursos humanos que atuam nas Centrais e na macroestrutura da atividade transplantadora, destacou-se em Curitiba e Porto Alegre a necessidade de capacitação mais adequada, tanto dos recursos humanos que atuam nas CNCDOs, quanto dos que atuam nos hospitais, mais especificamente neste último caso, nas UTIs⁴³;
- c) na macroestrutura da atividade transplantadora, destacou-se, também, que há dificuldades quanto ao caminho a ser seguido pelo SNT devido à sua recente implantação. Porém, o principal problema apontado foi o Sistema de Saúde porque, segundo os técnicos, não apóia os transplantes, pois falta remuneração adequada para os profissionais da área. Há problemas de infra-estrutura nos hospitais, e também o pré e o pós-transplante nos ambulatorios deixam a desejar. Fazendo um paralelo com o Sistema de Saúde e o SNT, salientou-se que a dificuldade enfrentada pela atividade transplantadora é a mesma que enfrentam os pronto-socorros e a atenção básica de saúde;

⁴³ A necessidade de capacitação adequada de recursos humanos para a expansão da atividade transplantadora em nosso país é recomendada no livro: GARCIA, Walter Duro e CAMPOS, Henry de Holanda. Avaliação e Consenso sobre a Situação dos Transplantes no Brasil. Estudo Médico-Social. Editora Limay. São Paulo, 1999.

- d) na relação da CNCDO com o SNT, destacou-se em Curitiba e Porto Alegre que é precária, no sentido de que falta assessoria deste à CNCDO. Há somente o envio de portarias à Central e o recebimento de relatórios da Central; e
- e) quanto às atividades das Centrais de Transplantes, destacaram-se modificações, neste momento, com a criação das equipes intra-hospitalares que irão incorporar as atividades de abordagem da família do doador e a captação dos órgãos. Assim, a responsabilidade do gerenciamento da distribuição dos órgãos através da lista de receptores caberá às Centrais.

4.2.4.3. Resultado da Avaliação dos Técnicos das CNCDOs Sobre a Captação e Critérios de Distribuição de Órgãos para Transplantes:

Do total de 45 técnicos que atuam nas CNCDOs pesquisadas, entrevistamos 31. Portanto, este total corresponde a 69% deste universo.

O resultado da avaliação dos técnicos das CNCDOs pesquisadas é o seguinte:

- a) Relativo à equanimidade da lei dos transplantes:
- 84% responderam que a lei é justa com a Medida Provisória de 1998 (que prevê a consulta à família para a retirada dos órgãos para transplante);
 - 10% acham que a lei é injusta por não ser clara em alguns pontos. A falta de clareza da lei apontada pelos técnicos foi: permissão da doação intervivos por não parentes sem autorização judicial, não esclarecer o transplante privado e não esclarecer às pessoas porque *ser* ou *não ser doador*;
 - 3% disseram que a lei é injusta por ser coercitiva. A doação deveria ser informada e o local da doação deveria ser no centro de saúde ou no serviço social do hospital;

- 3% disseram que a lei era justa, sem a Medida Provisória de 1998, ou seja, sem a consulta à família, assim a vontade do doador seria respeitada e não a da família que é emotiva.
- b) Quanto ao reflexo da lei de transplantes no cotidiano das CNCDOs, relativo ao aspecto das facilidades e dificuldades na sua aplicação: 52% dos técnicos disseram que a lei reflete o cotidiano da Central. 45% que não e 3% não opinaram.

Dentre os que disseram sim:

- 63% somente disseram “sim”;
- 25% que o reflexo da lei no cotidiano da Central ocorre devido à Medida Provisória de 1998;
- 6% disseram que isto ocorre porque a lei expressa punição para quem tentar realizar o comércio de órgãos;
- outros 6% disseram, que a Central teria de se adaptar à nova lei.⁴⁴

Dentre os que disseram não:

- 22% porque a nova lei não explicita detalhes quanto à morte encefálica, passando a responsabilidade de sua definição ao CFM;
- outros 22% porque falta manual de normas para a CNCDO;
- 14% porque falta clareza quanto ao critério de urgência;
- outros 14% porque falta infra-estrutura adequada para a captação de órgãos;
- 7% porque a lei incumbe o Estado e os médicos da atividade transplantadora e se esquece de que é na comunidade que ocorre a doação e a recepção dos órgãos;

⁴⁴ Por exemplo, no caso da atividade de captação de órgãos: esta será repassada à coordenação intra-hospitalar, conforme prevê a lei, deixando de poder ser exercida pelas Centrais, como já aconteceu.

- outros 7% porque, na prática, tem acesso ao transplante quem pode pagar;
- outros 7% porque falta resgatar a credibilidade das instituições; e
- outros 7% porque a lei não contempla que um receptor parente de doador possa ser privilegiado.

c) Relativo ao parecer dos técnicos na justiça ou injustiça dos critérios de distribuição de órgãos para transplante: 74% dos técnicos disseram que os critérios são justos e 26% que são injustos.

Dentre os que disseram que são justos:

- 52% porque as listas são estaduais e regionalizadas; e
- 48% disseram somente que os critérios são justos.

Dentre os que disseram que são injustos:

- 63% porque no Rio Grande do Sul, atualmente, as listas não são gerenciadas pela Central e, sim, pelas equipes de transplante;
- 25% porque os critérios de urgência são definidos pelos médicos dos pacientes que necessitam do transplante; e
- 12% porque não estão previstos os casos em que o paciente não consegue se deslocar para receber o transplante.

Em síntese, quanto ao resultado desta pesquisa:

a) Na questão sobre equanimidade da lei de transplantes na qual pressupúnhamos levantar o que os técnicos achavam sobre a igualdade e imparcialidade da aplicação da lei, o resultado foi: 84% dos técnicos acham que a lei é justa com a Medida Provisória de 1998, na qual passou a vigorar a *doação presumida fraca*. Já comentamos o assunto no capítulo 2;

b) Na questão do aspecto sobre o qual a lei reflete o cotidiano da Central, em que pressupúnhamos levantar o que os técnicos pensavam sobre as facilidades e dificuldades na aplicação prática do que foi previsto pela lei, o resultado obtido foi: 52% disseram que a lei reflete o cotidiano da Central e 45%, não. Dentre os que disseram que a lei reflete o cotidiano da Central, 63% disseram somente “sim”, ou seja, não foi possível obtermos justificativas para esta questão. E, dentre os que disseram que a lei não reflete o cotidiano da Central, o maior peso da justificativa ficou entre duas questões: a falta de detalhes na lei quanto à morte encefálica, pelo fato de esta remeter a questão ao CFM e a falta de um manual de normas para a CNCDO.

Com relação à falta de detalhes na lei de transplantes sobre a morte encefálica, nos parece correto que se remeta a questão ao CFM, pois devido ao fato de este diagnóstico ser inerente aos médicos, parece-nos adequado remeter seu detalhamento à estes profissionais. Quanto a necessidade de ter um manual de normas para a CNCDO, ressaltamos que a CNCDO do Paraná já o possui. Na ocasião de nossa pesquisa, fomos informados que este manual atualizava-se; e

c) Na questão sobre os critérios usados na definição da distribuição dos órgãos para transplante, onde pressupúnhamos obter o parecer dos técnicos sobre a justiça ou injustiça neste aspecto, o resultado foi: 74% disseram que estes critérios são justos. Dentre eles, 52% disseram que os critérios são justos porque as listas são estaduais e regionalizadas; 48%, somente que eles são justos.

Quanto à melhor opção para as listas de receptores serem estaduais e regionalizadas, já esclarecemos no capítulo 2 qual a razão para tal.

Relacionando os dados levantados nesta pesquisa, os critérios de distribuição de órgãos e a lista de receptores (estes dois últimos enquanto normatização do SNT), percebemos que:

- a) a lista de receptores regionalizada foi apontada como a melhor opção. Este já é fato acatado pelo SNT, e
- b) a necessidade da revisão dos critérios de urgência. Tal revisão é apontada como necessária dado aos recentes casos de liminares na justiça fundamentados neste critério.

Considerações Finais

As duas hipóteses que orientaram nosso trabalho foram: o grau de legitimidade das instituições e os critérios de justiça.

Na primeira hipótese formulada, nossa suposição foi que: o grau de legitimidade das instituições, principalmente as governamentais, é dado, pela relação Estado-Sociedade que, por sua vez, no caso das políticas públicas de saúde, são referendadas pela herança histórico-institucional, inerentes às políticas sociais. Assim, pressupomos que a eficácia do SNT está fortemente influenciada pelo grau de legitimidade das instituições que organizam este serviço.

Na segunda hipótese, supomos que a escassez de critérios de justiça que orientam os processos decisórios nos vários níveis do SNT, na distribuição de órgãos para transplantes, ocorre em virtude da ausência ou de pouca tradição que norteie estes processos decisórios, pautados nos critérios de justiça distributiva. Neste sentido, pressupomos que os critérios de distribuição de órgãos para transplante estão sendo produzidos no âmbito da tecnocracia estatal, por realidades expressas pelos fatos e avaliação da mídia.

Da pesquisa empírica, no âmbito do Instituto de Identificação de Florianópolis e das CNCDOs da região Sul, os dados obtidos sobre o SNT nos possibilita categorizá-los como se segue:

- a) o baixo grau de legitimidade das instituições que operam o SNT; e
- b) o baixo desenvolvimento de uma cultura decisória pautada por critérios de justiça.

O baixo grau de legitimidade das instituições, no caso do SNT, em nossa pesquisa, materializou-se como justificativa para a *não doação de órgãos para*

transplante devido à “desconfiança nos serviços de saúde e nos médicos” e à “desconfiança do possível comércio de órgãos”. Neste sentido, percebemos este tipo de desconfiança como expressão da ausência ou de pouco debate público, pelo senso comum.

Este senso comum é produzido, no nosso entender, por relatos no cotidiano das pessoas e pela forma como a mídia coloca estas questões. Neste mesmo sentido, também percebemos que este senso comum não faz parte do reflexo de uma consciência ética e científica, pautada em um debate público.

Assim, em nossa pesquisa conceitual, percebemos que um aumento da participação cívica poderia contribuir para o crescimento do debate público. Na atualidade, a necessidade do controle social, como perspectiva de cidadania, correspondendo aos valores embutidos nas políticas públicas, tem sido bastante enfatizado no debate sobre o assunto. Inclusive, esta questão é tema central da 11ª Conferência Nacional de Saúde, a acontecer em dezembro de 2000.

Os critérios de justiça, escassos nos critérios da lista de receptores do SNT, remete-nos a idéia de que uma cultura de justiça mais refletida está pouco desenvolvida no debate de políticas públicas de programas especiais, como é o caso da saúde. Neste sentido, ficou evidenciado em nossa pesquisa sobre a normas do SNT e entrevista com os técnicos das CNCDOs, que os critérios de justiça foram específicos e pontuais, sem aparente dimensão relevante para os técnicos, no sentido da produção de critérios de distribuição de órgãos para transplantes. Também ficou evidenciado, que os princípios que julgam esta questão são os critérios de mérito e necessidade. Entretanto, o maior peso é do critério de mérito. Nossa expectativa era de que os princípios de justiça estivessem mais citados e presentes nos critérios de distribuição de órgãos para

transplante. Mas o que vimos é que se sobressaem os critérios clínicos ou burocráticos. Aqui esclarecemos que referimo-nos aos critérios burocráticos, particularizando a operacionalização do SNT. Pensamos que um bom exemplo disso são os fatores que justificaram a implantação das listas de receptores regionalizadas.

Concluimos que há um baixo desenvolvimento de cultura ética para orientar a conflitividade e tensão presentes nas decisões que se referem à vida e, mais particularmente à garantia de vida, em uma circunstância de morte iminente (como é o caso dos transplantes). Neste sentido, podemos relacionar o fato de que os problemas percebidos pelos técnicos das CNCDOs concentram-se na operacionalização do sistema de saúde. Também se mantém o fato de que tradicionalmente, na medicina o poder de decidir cabe ao médico e, portanto, cabe a ele dar seu julgamento particular sobre questões de vida ou morte. Assim, as decisões e definições de quais critérios serão estabelecidos como orientadores da distribuição de órgãos ocorre na esfera da tecnocracia e na esfera particular dos médicos. Também observamos que os técnicos das CNCDOs, aparentemente, têm pouca percepção de que um debate público destes critérios permitiria o estabelecimento de um consenso público, ou seja, estes critérios, pautados nos princípios de justiça, consensuados publicamente e, portanto, transparentes, poderiam servir de ancoragem a critérios tão delicados de se estabelecerem, pois se tratam de *critérios de distribuição de órgãos doados pela comunidade para transplantes* e, por conclusão, bens públicos que se referem à questão de *vida ou morte*.

Finalizando, ao nosso ver, o debate sobre a questão dos transplantes, precisa ser politizado entre sociedade, técnicos e especialistas, pois a falta de reflexões

esclarecedoras sobre a delicadeza de garantia da vida é mantenedora dos impasses atuais inerentes à questão da *captação e distribuição de órgãos para transplantes*.

Bibliografia

- ALCÂNTARA, Lúcio. Cultura da Doação. In: Pronunciamento do senador Lúcio Alcântara no Senado Federal, como autor do Projeto de lei que institui o Dia Nacional da Doação de Órgãos, 1999. ABTO News, <http://www.abto.com.br/boletim/ano2n8>.
- _____. DOAÇÃO DE ÓRGÃOS – A LEI DA VIDA - . Brasília: Publicação do gabinete do Senador Lúcio Alcântara , 1998. Senado Federal.
- ALMEIDA , Marcos de. e MUNÔZ , Daniel. Doação de Transplantes de Órgãos e Tecidos In: Bioética. SEGRE, Marco e COHEN, Cláudio (org.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.
- A FOLHA DE SÃO PAULO. Páginas 3-5, 09/01/1998. Reportagem de Lúcia Martins.
- BERLINGUER, Giovanni. Ética da Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.
- BERLINGUER, Giovanni e GARRAFA, Volnei. O Mercado Humano. Estudo Bioético da Compra e Venda de Partes do Corpo. Editora da Universidade de Brasília, 1996.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO vol. III nº 1, 1998.
- CHEIBUB, Argelina Figueiredo. Princípios de Justiça e a Avaliação de Políticas. Revista Lua Nova nº 39, 1997.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. Conselhos Municipais: A possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO vol. III nº 1, 1998.
- COSTA, Nilson do Rosário. Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação. Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.
- ENCICLOPÉDIA BARSA. Vol. 15. Rio de Janeiro – São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações Ltda., 1995.
- DECRETO Nº 879, de 22 de julho de 1993. Regulamenta a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanísticos.
- DECRETO Nº 2.268 , de 30 de junho de 1997. DOU 123, de 01.07.97. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e tratamento, e dá outras providências.

- DOYAL, Len e GOUCH, Ian. O Direito à Satisfação das Necessidades. Tradução de Alvaro de Vita. Revista Lua Nova n° 33, 1994.
- GARCIA, Walter Duro e CAMPOS, Henry de Holanda. Avaliação e Consenso Sobre a Situação dos Transplantes no Brasil. *Estudo Médico-Social*. São Paulo: Editora Limay, 1999.
- GARRAFA, Volnei. O Mercado das Estruturas Humanas / A Soft Human Market. Revista Bioética, vol.1 n° 2, 1993.
- GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 1996.
- _____. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Editora Atlas, 1995.
- LEI N° 4.280, de 06 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida.
- LEI N° 5.479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências.
- LEI N° 8.489, de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências.
- 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.
- LEVI, Lúcio. **In:** Dicionário de Política. BOBBIO, Norberto, MATEUCCI, Nicola e PASQUINO, Gianfranco. Editora da Universidade de Brasília, 1983.
- MANUAL DE TRANSPLANTES. Central de Transplantes do Paraná. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 1995-1996.
- MEDEIROS, Marcelo. Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde. Rio de Janeiro: Texto para Discussão IPEA, 1999.
- MEDIDA PROVISÓRIA N° 1.718, de 06 de outubro de 1998. Acresce parágrafo ao art. 4° da Lei n° 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos, e partes do corpo humano, para fins de transplante e tratamento.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

- MENEZES, José Ricardo, LOCH, Selma, e SANTOS, Targino Rodrigues dos. O Controle de Gestão na Saúde. A Experiência do Sistema Nacional de Transplantes. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 1999.
- MOREIRA, Maria da Consolação V. . Insuficiência Cardíaca Congestiva Como Problema da Saúde Pública. MEDICINA/Conselho Federal. Ano XV n° 117/118, maio-junho/2000.
- PORTARIA N° 3.407, DE 05 DE AGOSTO DE 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes.
- PORTARIA N° 3.409, DE 05 DE AGOSTO DE 1998. Institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade.
- PUTNAM, Robert D. . Comunidade e Democracia. A experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- RESOLUÇÃO CFM N° 1.480/97 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define os critérios para diagnóstico de morte encefálica.
- REVISTA ISTO É, Saúde: Senado aprova doação presumida de órgãos , pág. 12, em 22 de janeiro de 1997.
- REVISTA VEJA, reportagem de Lucila Soares. Uma Fila de Risco. Especialistas discutem como adaptar a Lei dos Transplantes para casos graves. 29 de março de 2000, pag. 174.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos . Razões da Desordem. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1994.
- SAÚDE BRASIL. Publicação do Ministério da Saúde, 2° quinzena de março de 2000, edição n° 22.
- SEIBEL, Erni J . Os Indicadores Sociais: um olhar sobre o poder. Workshop Avaliação de Desempenho Governamental, Anais. Florianópolis: UFSC/NIPP, 25 a 27 de nov. de 1996.
- SCHATTAN, Vera P. Coelho. Doação Presumida e Transplantes de Órgãos no Brasil. Revista Novos Estudos n° 48, julho de 1997.
- SCHERER-WARREN, Ilse . Cidadania sem Fronteiras. Ações Coletivas na Era da Globalização. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, Ano IV n° 4 – outubro/dezembro de 1998. Órgão Oficial Trimestral da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO.

VARGA, Andrew C.. Problemas de Bioética. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1998.

VITA, Álvaro de. Uma Concepção Liberal-Igualitária de Justiça Distributiva. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 14 n° 39 – fevereiro de 1999.

Anexos

Anexo 1 – Formulário da entrevista com as pessoas no Instituto de Identificação de Florianópolis no momento da realização da sua carteira de identidade. – Quadro 1.

Anexo 2 – Formulário da entrevista com técnicos das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para Transplantes. – Entrevista com o(a) coordenador(a) - Quadro 2, e Formulário da entrevista com técnicos das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para Transplantes. – Entrevista com os demais membros da equipe - Quadro 3.

Anexo 3 – LEI N° 4.280, de 06 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida.

Anexo 4 – LEI N° 5.479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências.

Anexo 5 – LEI N° 8.489, de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências.

Anexo 6 – DECRETO N° 879, de 22 de julho de 1993. Regulamenta a Lei n° 8.489, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanísticos.

Anexo 7 – 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.

Anexo 8 – DECRETO N° 2.268 , de 30 de junho de 1997. DOU 123, de 01.07.97. Regulamenta a Lei n° 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e tratamento, e dá outras providências.

Anexo 9 – MEDIDA PROVISÓRIA N° 1.718, de 06 de outubro de 1998. Acresce parágrafo ao art. 4° da Lei n° 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos, e partes do corpo humano, para fins de transplante e tratamento.

Anexo 1

Quadro 1. Formulário das entrevistas com as pessoas no Instituto de Identificação de Florianópolis quanto a opção de ser ou não ser doador de órgãos para transplantes.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

TÍTULO DA PESQUISA : TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES POLÍTICO-
INSTITUCIONAIS NA REGIÃO SUL

ALUNA: MARISE NOLASCO PEREIRA

FORMULÁRIO DA ENTREVISTA COM AS PESSOAS NO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE FLORIANÓPOLIS NO
MOMENTO DA REALIZAÇÃO DE SUA CARTEIRA DE IDENTIDADE

Número da entrevista : _____

Data : _____

1) Na decisão de ser ou não ser doador de órgãos para transplantes, em que instância ocorre a informação e o esclarecimento sobre este assunto ?

Na sua família ?

Entre seus amigos e colegas de trabalho ?

Na mídia ?

Com o funcionário do Instituto de Identificação ?

Outros ?

2) Qual é sua decisão sobre a doação de órgãos para transplante ?

Sim. Porque ? _____

Não. Porque? _____

3) Dados sobre a pessoa entrevistada .

Sexo : Feminino Masculino

Idade : _____

Grau de escolaridade : sem escolaridade

1º grau : completo incompleto

2º grau : completo incompleto

3º grau : completo incompleto

Anexo 2

Quadro 2. Formulário das entrevistas com os coordenadores (as) das CNCDOs.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

TÍTULO DA PESQUISA : TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES POLÍTICO-
INSTITUCIONAIS NA REGIÃO SUL

MESTRANDA: MARISE NOLASCO PEREIRA

FORMULÁRIO DA ENTREVISTA COM TÉCNICOS DAS CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO E CAPTAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES

Entrevista com o coordenador da CNCDO

Data : _____

CNCDO : _____

1) Qual a composição dos profissionais da sua equipe?

As seguintes questões deverão ser respondidas por cada membro da equipe.

2) Na sua opinião, quais são as dificuldades materiais (problemas administrativos) para a organização da CNCDO e do SNT?
(Fazer a tipologia. Ex: financeiros, administrativos)

Quanto as compatibilidades e incompatibilidades da lei:

3) Na sua opinião, enquanto profissional, você acha que a lei é equânime?
Em qual aspecto ela é justa ou injusta?

4) Você acha que a lei reflete o cotidiano da lei de transplantes? Em qual aspecto? (Fazer a tipologia)

5) Quanto aos critérios usados para definição da distribuição destes órgãos, você os considera adequados? São justos ? Porque?

Quadro 3. Formulário das entrevistas com os técnicos (as) das CNCDOs.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

TÍTULO DA PESQUISA : TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES POLÍTICO-
INSTITUCIONAIS NA REGIÃO SUL

MESTRANDA: MARISE NOLASCO PEREIRA

FORMULÁRIO DA ENTREVISTA COM TÉCNICOS DAS CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO E CAPTAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES

Entrevista com os técnicos da CNCDO

Data : _____

CNCDO : _____

As seguintes questões deverão ser respondidas por cada membro da equipe.

- 1) Na sua opinião, quais são as dificuldades materiais (problemas administrativos) para a organização da CNCDO e
de SNT?
(Fazer a tipologia. Ex: financeiros, administrativos)

Quanto as compatibilidades e incompatibilidades da lei:

- 2) Na sua opinião, enquanto profissional, você acha que a lei é equânime?
Em qual aspecto ela é justa ou injusta?

- 3) Você acha que a lei reflete o cotidiano da lei de transplantes? Em qual aspecto? (Fazer a tipologia)

- 4) Quanto aos critérios usados para definição da distribuição destes órgãos, você os considera adequados? São
justos ? Porque?

Anexo 3

LEI N. 4.280 — DE 6 DE NOVEMBRO DE 1963**Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida.**

Art. 1º E' permitida a extirpação de partes do cadáver, para fins de transplante, desde que o de cujus tenha deixado autorização escrita ou que não haja oposição por parte do cônjuge ou dos parentes até o segundo grau, ou de corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos.

Parágrafo único. Feito o levantamento do órgão ou tecido destinado à transplantação, o cadáver será devida, cuidadosa e condignamente recomposto.

Art. 2º A extirpação de outras partes do cadáver que não sejam a córnea deverá ser especificada no regulamento da execução desta lei, baixada pelo Chefe do Poder Executivo e referendado pelo Ministro da Saúde.

Art. 3º Para que se realize qualquer extirpação de órgão ou parte do cadáver, é mister que esteja provada de maneira cabal a morte atestada pelo diretor do hospital onde se deu o óbito ou por seus substitutos legais.

Art. 4º A extirpação para finalidade terapêutica autorizada nesta lei só poderá ser realizada em Instituto Universitário ou em Hospital reconhecido como idôneo pelo Ministro da Saúde ou pelos Secretários da Saúde, com aprovação dos Governadores dos Estados ou Territórios ou do Prefeito do Distrito Federal.

Art. 5º Os Diretores das instituições hospitalares ou Institutos Universitários onde se realizem as extirpações de órgãos ou tecido de cadáver com finalidade terapêutica, remeterão, ao fim de cada ano, ao Departamento Nacional de Saúde Pública, os relatórios dos atos cirúrgicos relativos a essas extirpações, bem como os resultados dessas operações.

Art. 6º A doação da parte orgânica a extirpar só poderá ser feita a pessoa determinada ou a instituição idônea, aprovada e reconhecida pelo Secretário da Saúde do Estado e pelo Governador ou Prefeito do Distrito Federal.

Art. 7º Os Diretores de Institutos Universitários e dos Hospitais devem comunicar ao Diretor da Saúde Pública, semanalmente, quais os enfermos que espontaneamente se propuseram a fazer as doações *post mortem*, de seus tecidos ou órgãos, com destino a transplante, e o nome das instituições, ou pessoas contempladas.

Art. 8º A extirpação deve ser efetuada de preferência pelo facultativo encarregado do transplante e quando possível na presença dos médicos que atestaram o óbito. Só é permitida uma extirpação em cada cadáver, devendo evitar-se mutilações ou dissecações não absolutamente necessárias.

Art. 9º As despesas com a extirpação ou o transplante, fixadas em cada caso pelo Diretor da Saúde Pública, serão custeadas pelo interessado, ou pelo Ministério da Saúde, quando o receptor do enxerto fôr reconhecidamente pobre.

Art. 10. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Anexo 4

LEGISLAÇÃO

— 1034 —

FEDERAL

LEI N. 5.479 — DE 10 DE AGOSTO DE 1968

Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências

Art. 1.º A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo, "post mortem", para fins terapêuticos é permitida na forma desta Lei.

Art. 2.º A retirada para os fins a que se refere o artigo anterior deverá ser precedida da prova inconstetável da morte.

§ 1.º ... Vetado.

§ 2.º ... Vetado.

§ 3.º ... Vetado.

Art. 3.º A permissão para o aproveitamento, referida no artigo 1.º, efetivar-se-á mediante a satisfação de uma das seguintes condições:

I — por manifestação expressa da vontade do disponente;

II — pela manifestação da vontade, através de instrumento público, quando se tratar de disponentes relativamente incapazes e de analfabetos;

III — pela autorização escrita do cônjuge, não separado, e sucessivamente, de descendentes, ascendentes e colaterais, ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos;

IV — na falta de responsável pelo cadáver a retirada somente poderá ser feita com a autorização do Diretor da Instituição onde ocorrer o óbito, sendo ainda necessária esta autorização nas condições dos itens anteriores.

Art. 4.º A retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver, somente poderão ser realizados por médico de capacidade técnica comprovada, em instituições públicas ou particulares, reconhecidamente idôneas e autorizadas pelos órgãos públicos competentes.

Parágrafo único. O transplante somente será realizado se o paciente não tiver possibilidade alguma de melhorar através de tratamento médico ou outra ação cirúrgica.

Art. 5.º Os Diretores de Institutos Universitários e dos Hospitais devem comunicar ao Diretor da Saúde Pública quais as pessoas que fizeram disposições, para "post mortem", de seus tecidos ou órgãos, com destino a transplante e o nome das instituições ou pessoas contempladas.

Art. 6.º Feita a retirada, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos responsáveis para o sepultamento.

Parágrafo único. A infração ao disposto neste artigo será punida com a pena prevista no artigo 211 do Código Penal.

Art. 7.º Não havendo compatibilidade, a destinação a determinada pessoa poderá, a critério do médico chefe da Instituição, e mediante prévia disposição ou autorização de quem de direito, ser transferida para outro receptor, em que se verifique aquela condição.

Art. 8.º Os Diretores das instituições hospitalares ou institutos universitários onde se realizem as retiradas de órgãos ou tecidos de cadáver com finalidade terapêutica remeterão ao fim de cada ano, ao Departamento Nacional de Saúde Pública, os relatórios dos atos cirúrgicos relativos a essas retiradas, bem como os resultados dessas operações.

Art. 9.º A retirada de partes do cadáver, sujeito por força de lei à necropsia ou à verificação diagnóstica, "causa mortis" deverá ser autorizada pelo médico-legista e citada no relatório da necropsia ou da verificação diagnóstica.

Art. 10. É permitido à pessoa maior e capaz dispor de órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins humanitários e terapêuticos.

§ 1.º A autorização do disponente deverá especificar o tecido, ou órgão ou a parte objeto da retirada.

§ 2.º Só é possível a retirada, a que se refere este artigo, quando se tratar de órgãos duplos ou tecidos, vísceras ou partes e desde que não impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente e corresponda a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável, para o paciente receptor.

Art. 11. A infração ao disposto nos artigos 2.º, 3.º, 4.º e 5.º desta Lei será punida com a pena de detenção de um a três anos, sem prejuízo de outras sanções que no caso couberem.

Art. 12. As intervenções disciplinadas por esta Lei não serão efetivadas se houver suspeita de ser o disponente vítima de crime.

Art. 13. As despesas com as retiradas e transplantes serão disciplinadas na forma determinada pela regulamentação desta Lei.

Art. 14. O Departamento Nacional de Saúde Pública será o órgão fiscalizador da execução desta Lei.

Art. 15. O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 16. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas a Lei n. 4.280 (*), de 6 de novembro de 1963, e demais disposições em contrário.

A. Costa e Silva — Presidente da República.

(*) V. LEX, Leg. Fed., 1963, pág. 1.371.

LEI N. 5.480 — DE 10 DE AGOSTO DE 1968

Revoga o Decreto-Lei n. 127 (*), de 31 de janeiro de 1967, revoga e altera a redação de dispositivos do Decreto-Lei n. 5 (*), de 4 de abril de 1966, e dá outras providências

Art. 1.º Ficam revogados o Decreto-Lei n. 127, de 31 de janeiro de 1967, e o artigo 14 e seu parágrafo único do Decreto-Lei n. 5, de 4 de abril de 1966.

Art. 2.º Os artigos 17, 18 e 21 do Decreto-Lei n. 5, de 4 de abril de 1966, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 17. O serviço de vigilância em navios, por vigias portuários matriculados nas Delegacias de Trabalho Marítimo, de preferência sindicalizados, será:

- a) obrigatório, na navegação de longo curso; e
- b) a critério da Comissão de Marinha Mercante, na navegação de cabotagem.

§ 1.º A remuneração do pessoal a que se refere este artigo será fixada pela Comissão de Marinha Mercante, com prévia anuência do Conselho Nacional de Política Salarial.

§ 2.º A execução do serviço a que se refere o presente artigo, em sistema de rodízio, obedecerá às normas instituídas pelo Poder Executivo através do Ministério dos Transportes”.

“Art. 18. Os trabalhadores que exerçam funções de direção ou chefia nos serviços de carga e descarga serão indicados pela entidade estivadora, de preferência entre sindicalizados.

Parágrafo único. A indicação para as funções de chefia ou direção, e seu exercício em sistema de rodízio, obedecerão às normas instituídas pelo Poder Executivo, através do Ministério dos Transportes, com a colaboração dos órgãos de representação nacional das classes interessadas”.

“Art. 21. Os trabalhadores de estiva, e de capatazia constituirão categoria profissional única denominada “operador de carga e descarga” e reger-se-ão pelas regras gerais da Consolidação das Leis do Trabalho.

Anexo 5

LEX

- 819 -

LEG. FEDERAL

LEI N. 8.489 - DE 18 DE NOVEMBRO DE 1992

Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências

O Vice Presidente da República no exercício do cargo de Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo "post mortem" para fins terapêuticos e científicos é permitida na forma desta Lei.

Art. 2º (Vetado).

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

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

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

Art. 4º Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente re-composto e entregue aos responsáveis para sepultamento ou necropsia obrigatória prevista em lei.

Parágrafo único. A não observância do disposto neste artigo será punida de acordo com o artigo 211 do Código Penal.

Art. 5º (Vetado).

Art. 6º O transplante de tecidos, órgãos ou partes do corpo, somente poderá ser realizado por médicos com capacidade técnica comprovada, em instituições públicas ou privadas reconhecidamente idôneas e devidamente cadastradas para este fim no Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os prontuários médicos detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos serão mantidos nos arquivos das instituições referidas e um relatório anual contendo os nomes dos pacientes receptores, será enviado ao Ministério da Saúde.

Art. 7º A retirada de partes do cadáver, sujeito por força de lei à necropsia ou à verificação diagnóstica "causa mortis", deverá ser autorizada por médico-legista e citada no relatório da necropsia ou da verificação diagnóstica.

Art. 8º As despesas com as retiradas e transplantes previstos nesta Lei serão custeadas na forma determinada pela sua regulamentação.

Art. 9º (Vetado).

Art. 10 É permitida à pessoa maior e capaz dispor gratuitamente de órgãos, tecidos ou partes do próprio corpo vivo para fins humanitários e terapêuticos.

§ 1º A permissão prevista no "caput" deste artigo limita-se à doação entre avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, cunhados e entre cônjuges.

§ 2º Qualquer doação entre pessoas não relacionadas no parágrafo anterior somente poderá ser realizada após autorização judicial.

§ 3º O disponente deverá autorizar especificamente o tecido, órgãos ou parte do corpo objeto da retirada.

LEG. FEDERAL

- 820 -

LEX

§ 4.º Só é permitida a doação referida no "caput" deste artigo quando se tratar de órgãos duplos, partes de órgãos, tecidos, vísceras ou partes do corpo que não impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

Art. 11. A não observância do disposto nos artigos 2.º, 3.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º e 10 desta Lei será punida com pena de detenção de um a três anos, sem prejuízo de outras sanções que no caso couberem.

Art. 12. A notificação, em caráter de emergência, em todos os casos de morte encefálica comprovada, tanto para hospital público, como para a rede privada, é obrigatória.

Art. 13. (Vetado).

Art. 14. O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo máximo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 15. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente à Lei n. 5.479⁽¹⁾, de 10 de agosto de 1968.

Itamar Franco - Presidente da República, em exercício.

Maurício Corrêa.

Jamil Haddad.

(1) Leg. Fed. 1968, pág. 1.034.

Anexo 6

LEX

— 577 —

LEG. FEDERAL

DECRETO N. 879 – DE 22 DE JULHO DE 1993

Regulamenta a Lei n. 8.489⁽¹⁾, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanitários

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 14 da Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992, decreta:

Art. 1º A disposição gratuita, a retirada e o transplante de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, vivo ou morto, com fins terapêuticos, humanitários e científicos obedecerá ao disposto na Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992, e neste Decreto.

§ 1º A disposição gratuita, a retirada e o transplante de tecidos, ou partes do corpo humano vivo será admitida apenas para fins terapêuticos e humanitários.

§ 2º Para os efeitos deste Decreto, o sangue, o esperma e o óvulo não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere o “caput” deste artigo.

Art. 2º Os tecidos, órgãos e partes do corpo humano são insusceptíveis de comercialização.

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I – doador – a pessoa maior e capaz, apta a fazer doação em vida, ou “post mortem” de tecido, órgão ou parte do seu corpo, com fins terapêuticos e humanitários;

II – receptor – pessoa em condições de receber, por transplante, tecidos, órgãos ou partes do corpo de outra pessoa viva ou morta, e que apresente perspectivas fundadas de prolongamento de vida ou melhoria de saúde;

III – transplante – ato médico que transfere para o corpo do receptor tecido, órgão ou parte do corpo humano, para os fins previstos no artigo 1º;

IV – autotransplante – transferência de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de um lugar para outro do corpo do mesmo indivíduo;

V – morte encefálica – a morte definida, como tal, pelo Conselho Federal de Medicina e atestada por médico.

Parágrafo único. A definição de morte encefálica, a que se refere o inciso V deste artigo, não exclui os outros conceitos de condições de morte.

Art. 4º O transplante somente será realizado se não existir outro meio de prolongamento ou melhora da qualidade de vida ou melhora da saúde do indivíduo enfermo e se houver conhecimento consolidado na medicina que admita algum êxito na operação, ficando vedada a tentativa de experimentação no ser humano.

Parágrafo único. O transplante de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano somente será realizado por médico com capacidade técnica comprovada, em instituições públicas ou privadas reconhecidamente idôneas e devidamente cadastradas, para esse fim, no Ministério da Saúde, observado o disposto no artigo 26.

Art. 5º O autotransplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, ou, se este for civilmente incapaz, do seu representante legal.

Art. 6º Para realização de transplante serão utilizados, preferentemente, tecidos, órgãos, ou partes de cadáveres.

(1) Leg. Fed., 1992, pág. 819.

Art. 7º Somente será admitida a utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano se existir desejo expresso do doador manifestado em vida, mediante documento pessoal ou oficial nos termos do artigo 3º, inciso I, da Lei n. 8.489/92, e deste Decreto.

Parágrafo único. Na falta dos documentos indicados no “caput” deste artigo a retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano somente será realizada se não houver manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente, observado o disposto no § 6º do artigo 31.

Art. 8º A retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano será precedida de diagnóstico e comprovação da morte, atestada por médico nos termos da Lei de Registros Públicos.

§ 1º O diagnóstico e a comprovação da morte não deverão guardar qualquer relação com a possibilidade de utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para transplante.

§ 2º O médico que atestar a morte do indivíduo não poderá ser o mesmo a realizar o transplante, nem fazer parte da equipe médica responsável pelo transplante, nem fazer parte da equipe médica responsável pelo transplante.

§ 3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Art. 9º A utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para fins científicos somente será permitida depois de esgotadas as possibilidades de sua utilização em transplantes.

Art. 10. A retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, sujeito, por força de lei, à necrópsia, ou à verificação de diagnóstico da “causa mortis”, será autorizada por médico-legista e citada no relatório da necrópsia ou da verificação diagnóstica.

§ 1º A comunicação da morte ao órgão de medicina legal ou ao médico-legista, ocorrida nas circunstâncias prevista no “caput” deste artigo, será feita pela direção do hospital onde a morte ocorreu.

§ 2º O relatório circunstanciado que obrigatoriamente acompanhará o cadáver, deverá descrever o exame físico de admissão, o tratamento clínico ou cirúrgico realizado e quando se tratar de morte encefálica, os critérios que a definiram.

§ 3º É vedado à equipe médica responsável pela retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo a realização de atos médicos que possam prejudicar o diagnóstico da “causa mortis” pelo médico-legista.

§ 4º A equipe médica de que trata o parágrafo anterior elaborará relatório circunstanciado descrevendo os procedimentos realizados, que será encaminhado ao órgão de medicina legal ou ao médico-legista, juntamente com o cadáver.

Art. 11. Após a retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos responsáveis pelo sepultamento ou necrópsia legalmente obrigatória.

Art. 12. É permitido à pessoa maior e capaz, dispor, gratuitamente, de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fins humanitários, e terapêuticos.

§ 1º A permissão prevista neste artigo limitar-se-á à doação entre avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, e entre cônjuges.

§ 2º A doação entre pessoas não relacionadas no § 1º poderá ser realizada após autorização judicial.

§ 3º A doação referida no “caput” deste artigo somente será permitida quando se tratar de órgãos duplos, parte de órgãos, tecidos, vísceras ou partes do corpo que não impeçam o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade ou grave comprometimento de suas aptidões vitais, nem possa produzir-lhe mutilação ou deformação inaceitável ou, ainda, causar qualquer prejuízo à sua saúde mental, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável ao receptor.

§ 4º O indivíduo menor, irmão ou não de outro com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação para receptor enumerado no § 1º, nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento dos seus pais e autorização judicial e não exista risco para a sua saúde.

§ 5º É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato médico não oferecer nenhum risco à gestante e ao feto.

Art. 13. A retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, em vida, somente será realizada se, além de o doador gozar de boa saúde, existir histocompatibilidade sangüínea e imunológica comprovada entre ele e o receptor.

§ 1º O doador será prévia e obrigatoriamente esclarecido sobre as consequências e riscos possíveis da extração de tecidos, órgãos ou partes do seu corpo. O esclarecimento deverá ser verbal e por escrito, cumprindo ao doador manifestar expressamente o seu assentimento.

§ 2º Os esclarecimentos verbal e escrito ao doador abrangerão todas as circunstâncias relacionadas com a extração de tecidos, órgãos ou partes do seu corpo, e dos riscos, físicos e psicológicos, que a intervenção envolve.

Art. 14. O doador assinará documento especificando os tecidos, órgãos ou partes do corpo que doa e afirmando estar ciente, diante dos esclarecimentos que lhe foram prestados na forma dos §§ 1º e 2º do artigo 13, de todos os fatos e riscos inerentes à intervenção, ou dela decorrentes.

§ 1º O documento de doação, bem como o documento com os esclarecimentos referidos nos §§ 1º e 2º do artigo 13, ficarão arquivados no prontuário médico do hospital responsável pela retirada dos tecidos, órgãos ou partes do corpo, entregando-se uma cópia ao doador.

§ 2º Quando se tratar de doação por autorização judicial, ficará arquivada no prontuário médico do hospital uma cópia da sentença do juiz, juntamente com os documentos mencionados no § 1º deste artigo.

Art. 15. A decisão do doador não poderá sofrer influência que lhe vicie o consentimento, sendo-lhe facultado revogar o consentimento dado, até a extração dos órgãos, tecidos ou partes do seu corpo, sem necessidade de justificar ou explicar suas razões.

Art. 16. Na doação em vida, o hospital e a Central de Notificação respeitarão o anonimato do ato.

Art. 17. A pessoa maior e capaz poderá inscrever-se na Central de Notificação da Secretaria de Saúde como doador “post mortem” ou como doador em vida, indicando especificamente os tecidos, órgãos ou partes do seu corpo que pretende doar.

Art. 18. Respeitado o sentido humanitário do ato, a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo por pessoas não relacionadas no § 1º do artigo 12 poderá ser autorizada judicialmente, e será precedida de:

I — constatação da sanidade mental do doador;

II — inexistência de qualquer tipo de retribuição, seja monetária, material ou de outra espécie;

III — inexistência de coação;

IV — respeito ao anonimato do doador e do receptor;

V — termo de doação.

Parágrafo único. Nos casos de autorização judicial para doação, o doador fica subordinado às exigências deste Decreto para efeito de retirada de tecidos, órgãos ou partes doadas do seu corpo.

Art. 19. Comprovada a morte encefálica, nos termos do artigo 3º, inciso V, é obrigatória a sua notificação, em caráter de urgência.

§ 1º A notificação é obrigatória para o hospital público e para o hospital privado.

§ 2º A notificação será efetuada à Central de Notificação da Secretaria de Estado da Saúde, pela direção do hospital onde a morte encefálica ocorreu, imediatamente à sua constatação.

Art. 20. Serão, também, objeto de notificação à Central de Notificação da Secretaria:

I — a existência de paciente-receptor com enfermidade ensejadora de transplante;

II — o óbito de indivíduo que preencha os requisitos fixados no artigo 7º;

III — a doação em vida de tecidos, órgãos ou partes do corpo.

§ 1º No tocante à pessoa enferma, a direção do hospital mencionará na notificação, imediatamente à indicação do transplante, os dados do paciente, definidos pelo Ministério da Saúde para compor o cadastro técnico da Central de Notificação.

§ 2º A notificação mencionada neste artigo é obrigatória para o hospital público e para o hospital privado.

Art. 21. A direção do hospital, por ocasião da notificação da morte, informará à Central de Notificação da Secretaria de Saúde do Estado se existe documento em vida quanto à doação ou se, na sua ausência, não há objeção do cônjuge, ascendente ou descendente quanto à retirada de tecido, órgão ou parte do corpo ou falecido para fins de transplante, nos termos do § 6º do artigo 31.

Art. 22. Depois da notificação da existência de tecidos, órgãos ou partes do corpo disponível para transplante, observados os critérios do cadastro técnico (ordem cronológica de inscrição associada, quando necessário à verificação da compatibilidade sangüínea e imunológica e a gravidade da enfermidade); a Central de Notificação da Secretaria de Saúde do Estado selecionará mais de um indivíduo receptor, até o máximo de dez, e os encaminhará ao hospital responsável pela realização do transplante.

§ 1º O hospital, observados outros critérios médicos, determinará o paciente que será o receptor do tecido, órgão ou parte do corpo.

§ 2º O disposto neste artigo não se aplica à doação em vida entre as pessoas indicadas no § 1º do artigo 12 e àquelas que a autorização judicial defina quem é o indivíduo receptor.

Art. 23. As despesas hospitalares para a retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano serão remuneradas pelos órgãos gestores do Sistema Único de Saúde, de acordo com a tabela de remuneração de procedimentos de assistência à saúde, ainda que o hospital não mantenha convênio ou contrato com o Poder Público.

Art. 24. Quando o tecido, órgão ou parte do corpo humano encontrar-se em hospital privado que embora cadastrado no Ministério da Saúde como habilitado para realização de transplante, não integre o Sistema Único de Saúde, a Central de Notificação providenciará para que a realização do transplante se dê em hospital público ou integrante do Sistema Único de Saúde, se o receptor não for paciente do hospital privado.

Art. 25. Os hospitais públicos e privados somente serão considerados aptos a realizar transplantes, na forma deste Decreto, se estiverem cadastrados em órgãos do Sistema Único de Saúde indicados pelo Ministério da Saúde.

Art. 26. O Ministério da Saúde expedirá normas sobre:

I — as exigências e o cadastro em órgão do Sistema Único de Saúde de hospital habilitado a realizar transplantes;

II — as exigências e o cadastro em órgão do Sistema Único de Saúde de laboratório habilitado a realizar exames de compatibilidade sanguínea e imunológica;

III — os requisitos para a comprovação da capacidade técnica do médico mencionada no parágrafo único do artigo 4º;

IV — a organização das Centrais de Notificação das Secretarias de Saúde dos Estados.

Art. 27. Os hospitais manterão prontuários médicos detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes, que serão mantidos nos arquivos das instituições cadastradas no órgão do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Anualmente, as instituições hospitalares encaminharão ao Ministério da Saúde e à Central de Notificação das Secretarias de Saúde do respectivo Estado relatório contendo os nomes dos pacientes, o transplante realizado, a condição do doador e o estado de saúde do receptor, a fim de compor o Sistema Nacional de Informações em Saúde.

Art. 28. As entidades públicas e as entidades privadas de pesquisa, bem como as instituições de ensino da área biomédica serão autorizadas a dispor, para fins de pesquisa científica, de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano que não forem utilizados para transplantes em seres humanos, tendo preferência os órgãos e entidades públicas.

Art. 29. A utilização de cadáver não reclamado para fins de estudo e pesquisas obedecerá ao disposto na Lei n. 8.501⁽²⁾, de 30 de novembro de 1992.

Art. 30. No âmbito do Sistema Único de Saúde funcionarão, vinculados às Centrais de Notificação das Secretarias de Estado da Saúde, bancos de olhos, de ossos e de medula, bem como outros bancos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano.

Art. 31. O Ministério da Saúde providenciará modelo simplificado e padronizado de documento de doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano que será reproduzido e distribuído, gratuitamente, à população, por intermédio dos órgãos gestores do Sistema Único de Saúde e outros por eles autorizados.

§ 1º O documento padronizado não retira a validade de documento fora do padrão fixado pelo Ministério da Saúde, no qual esteja expressa a disposição de doar tecido, órgão ou parte do corpo, com a identificação do doador, desde que o documento contenha a assinatura do doador.

§ 2º A direção do hospital conferirá a assinatura constante do documento fora do padrão oficial, ou do documento padronizado, com a assinatura existente em qualquer documento oficial de identidade do doador falecido.

§ 3º Não sendo possível a conferência de assinaturas, o dirigente do hospital solicitará ao cônjuge, ascendente ou descendente que ateste como legítimo aquele documento, mediante declaração escrita e assinada.

(2) Leg. Fed., 1992, pág. 898.

§ 4º A direção do hospital anexará ao prontuário do paciente-receptor o documento mencionado neste artigo.

§ 5º Sendo analfabeto o doador e os membros de sua família, as assinaturas serão substituídas pelas impressões digitais na presença de duas testemunhas alfabetizadas.

§ 6º Se os tecidos, órgãos ou partes do corpo forem utilizados para fins científicos, o documento referido neste artigo ficará arquivado no hospital onde ocorreu o falecimento do doador, devendo uma cópia ser encaminhada à instituição de pesquisa.

§ 7º Se o cônjuge, ascendente ou descendente não se opuser à retirada do tecido, órgão ou parte do corpo do seu familiar, e não houver manifestação de vontade, em vida, do falecido contrária àquela utilização, o dirigente do hospital exigirá dos familiares documento escrito e assinado com a autorização.

Art. 32. O Ministério da Saúde, no prazo de trinta dias da publicação deste Decreto, expedirá instruções para a organização da Central de Notificação e demais atos necessários à execução do presente Decreto.

Art. 33. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Itamar Franco — Presidente da República.

Jamil Haddad.

Anexo 7

<http://www.saude.gov.br/mweb/Modelo%20HP98/lei9434.htm>

LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º. A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o esperma e o óvulo.

Art. 2º. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano 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.

Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação, segundo dispõem a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

CAPÍTULO II

DA DISPOSIÇÃO POST MORTEM DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE

Art. 3º. A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

§ 1º Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, Parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º, 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º; e 10º, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

§ 2º. As instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

§ 3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Art. 4º Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem.

§ 1º A expressão "não-doador de órgãos e tecidos" deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável na Carteira de identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição.

§ 2º A gravação de que trata este artigo será obrigatória em todo o território nacional a todos os órgãos de identificação civil e departamentos de trânsito, decorridos trinta dias da publicação desta Lei.

§ 3º O portador de Carteira de Identidade Civil ou de Carteira Nacional de Habilitação emitidas até a data a que se refere o parágrafo anterior poderá manifestar sua vontade de não doador de tecidos, órgãos ou partes do corpo após a morte, comparecendo ao órgão oficial de identificação civil ou departamento de trânsito e procedendo à gravação da expressão "não-doador de órgãos e tecidos".

§ 4º A manifestação de vontade feita na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação poderá ser reformulada a qualquer momento, registrando-se, no documento, a nova declaração de vontade.

§ 5º No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes, quanto  condição de doador ou não, do morto, prevalecerá aquele cuja emissão for mais recente.

Art. 5º A remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais ou por seus responsáveis legais

Art. 6º é vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

7º (VETADO)

Parágrafo nico. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necrópsia.

Art. 8º Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais Para sepultamento.

CAPÍTULO III

DA DISPOSIÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO

art. 9º. É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes o próprio corpo vivo para fins de transplante ou terapêuticos.

1º -(VETADO)

2º (VETADO)

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

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

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

§ 6º O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 7º É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

§ 8º O auto transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art.- 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

Parágrafo único. Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 11. É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure:

a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;

b) apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa

determinada, identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único;

c) apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema Único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

CAPÍTULO V

DAS SANÇÕES PENAIS E ADMINISTRATIVAS

Seção I

Dos Crimes

Art. 14. Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa de 100 a 360 dias-multa.

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

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

§ 2º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida,

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de três a dez anos, e multa de 100 a 200 dias-multa.

§ 3º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I - incapacidade permanente para o trabalho;

I - Enfermidade incurável;

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

V - deformidade permanente;

VI - aborto;

Pena - reclusão, de quatro a doze anos, e multa de 150 a 300 dias-multa.

4º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta morte:

Pena - reclusão, de oito a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

Art. 15. Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou auferir qualquer vantagem com a transação.

Art. 16. Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei.

Pena - reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

Art. 17. Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

Art. 18. Realizar transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 19. Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 20. Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto no art. 11:

Pena - multa, de 100 a 200 dias-multa.

Seção II

Das Sanções Administrativas

Art. 21. No caso dos crimes previstos nos arts. 14, 15, 16 e 17, o estabelecimento de saúde e as equipes médico cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizadas temporária ou permanentemente pelas autoridades competentes.

§ 1º Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem direito a qualquer indenização ou compensação por investimentos realizados.

§ 2º Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas bem como se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

Art. 22. As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3º, § 1º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3º, § 2º, ao órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde, estão sujeitas a multas de 100 a 200 dias multa.

§ 1º Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13.

§ 2º Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

Art. 23. Sujeita-se às penas do art. 59 da Lei n.º 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. (VETADO)

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei n.º 8.489, de 18 de novembro de 1992, e o Decreto n.º 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 4 de fevereiro de 1997; 176º da Independência 109º da República.

Fernando Henrique Cardoso

Nelson A. Jobim

Carlos César de Albuquerque

Anexo 8

O N°DE DE DE 1997

<http://www.saude.gov.br/mweb/Modelo%20HP98/decreto2268.h>**DECRETO N° 2.268, DE 30 DE JUNHO DE 1997. DOU 123, de 01.07.97**

Regulamenta 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.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997,

DECRETA:

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1° A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano e sua aplicação em transplantes, enxertos ou outra finalidade terapêutica, nos termos da Lei n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, observará o disposto neste Decreto.

Parágrafo Único. Não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este Decreto, o sangue, o esperma e o óvulo.

Capítulo I

DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE - SNT

Seção I

Da Estrutura

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

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

Art. 3º Integram o SNT:

I - o Ministério da Saúde;

II - as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes;

III - as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes;

IV - os estabelecimentos hospitalares autorizados;

V - a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

Seção II

Do Órgão Central

Art. 4º O Ministério da Saúde, por intermédio de unidade própria, prevista em sua estrutura regimental, exercerá as funções de órgão central do SNT, cabendo-lhe, especificamente:

I - coordenar as atividades de que trata este Decreto;

II - expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos neste Decreto e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolva;

III - gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com as suas condições orgânicas;

IV - autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes;

V - avaliar o desempenho do SNT, mediante análise de relatórios recebidos dos órgãos estaduais e municipais que o integram;

VI - articular-se com todos os integrantes do SNT para a identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento;

VII - difundir informações e iniciativas bem sucedidas, no âmbito do SNT, e promover intercâmbio com o exterior sobre atividades de transplantes;

VIII - credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, de que trata a Seção IV deste Capítulo;

IX - indicar, dentre os órgãos mencionados no inciso anterior, aquele de vinculação dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, que tenha autorizado, com sede ou exercício em Estado, onde ainda não se encontre estruturado ou tenha sido cancelado ou desativado o serviço, ressalvado o disposto no § 3º do artigo seguinte.

Seção III

Dos Órgãos Estaduais

Art. 5º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou órgãos equivalentes, para que se integrem ao SNT, deverão instituir, na respectiva estrutura organizacional, unidade com o perfil e as funções indicadas na Seção seguinte.

§ 1º Instituída a unidade referida neste artigo, a Secretaria de Saúde, a que se vincular, solicitará ao órgão central o seu credenciamento junto ao SNT, assumindo os encargos que lhes são próprios, após deferimento.

§ 2º O credenciamento será concedido por prazo indeterminado, sujeito a cancelamento, em caso de desarticulação com o SNT.

§ 3º Os Estados poderão estabelecer mecanismos de cooperação para o desenvolvimento em comum das atividades de que trata este Decreto, sob coordenação de qualquer unidade integrante do SNT.

Seção IV

Das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos -

CNCDOs

Art. 6º As centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNCDOs - serão as unidades executivas das atividades do SNT, afetas ao Poder Público, como previstas neste Decreto.

Art. 7º Incumbe às CNCDOs:

I - coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual;

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

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

IV - comunicar ao órgão central do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;

V - receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação;

VI - determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retirados ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observado o disposto no inciso III deste artigo e em instruções ou regulamentos técnicos, expedidos na forma do artigo 28 deste Decreto;

VII - notificar o órgão central do SNT de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seus registros, para utilização dentre os relacionados na lista nacional;

VIII - encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação;

IX - exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este Decreto;

X - aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997;

XI - suspender, cautelarmente, pelo prazo máximo de 60 dias, estabelecimentos e equipes especializadas, antes ou no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido, se, pelos indícios conhecidos, houver fundadas razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;

XII - 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 cancelamento, se for o caso, da autorização concedida;

XIII - acionar o Ministério Público do Estado e outras instituições públicas, competentes para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua atuação.

§ 1º O Município considerado polo de região administrativa poderá instituir CNCDO, que ficará vinculada à CNCDO estadual.

§ 2º Os receptores inscritos nas CNCDOs regionais, cujos dados tenham sido previamente encaminhados às CNCDOs estaduais, poderão receber tecidos, órgãos e partes retirados no âmbito de atuação do órgão regional.

§ 3º Às centrais regionais aplica-se o disposto nos incisos deste artigo, salvo a apuração de infrações e a aplicação de penalidades.

§ 4º Para o exercício da competência estabelecida no inciso X deste artigo, a CNCDO observará o devido processo legal, assegurado ao infrator o direito de ampla defesa, com os recursos a ela inerentes e, em especial, as disposições da Lei nº 9.434, de 1997, e, no que forem aplicáveis, as da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, e do Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976.

Capítulo II

DA AUTORIZAÇÃO

Seção I

Das Condições Gerais e Comuns

Art. 8º A retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde.

§ 1º O pedido de autorização poderá ser formulado para uma ou mais atividades de que trata este regulamento, podendo restringir-se a tecidos, órgãos ou partes especificados.

§ 2º A autorização será concedida, distintamente, para estabelecimentos de saúde, equipes especializadas de retirada e de transplante ou enxerto.

§ 3º Os membros de uma equipe especializada poderão integrar a de outra, desde que nominalmente identificados na relação de ambas, assim como atuar em qualquer estabelecimento de saúde autorizado para os fins deste Decreto.

§ 4º Os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas firmarão compromisso, no pedido de autorização, de que se sujeitam à fiscalização e ao controle do Poder Público, facilitando o acesso de seus agentes credenciados a instalações, equipamentos e prontuários, observada, quanto a estes a necessária habilitação, em face do caráter sigiloso destes documentos, conforme for estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 5º A autorização terá validade pelo prazo de dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos, verificada a observância dos requisitos estabelecidos nas Seções seguintes.

§ 6º A renovação deverá ser requerida 60 dias antes do término de sua vigência, prorrogando-se automaticamente a autorização anterior até a manifestação definitiva do Ministério da Saúde.

7º Os pedidos formulados depois do prazo fixado no parágrafo precedente sujeitam-se à manifestação ali prevista, ficando sem eficácia a autorização a partir da data de expiração de sua vigência e até a decisão sobre o pedido de renovação.

8º Salvo motivo de força maior, devidamente justificado, a decisão de que trata os §§ 6º e 7º será tomada no prazo de até sessenta dias, a contar do pedido de renovação, sob pena de responsabilidade administrativa.

Seção II

Dos Estabelecimentos de Saúde

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde deverão contar com serviços e instalações adequados à execução de retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, atendidas, no mínimo, as seguintes exigências, comprovadas no requerimento de autorização:

- atos constitutivos, com indicação da representação da instituição, em juízo ou fora dele;

I - ato de designação e posse da diretoria;

II - equipes especializadas de retirada, transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional, autorizadas na forma da Seção III deste Capítulo;

V - disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;

VII - condições necessárias de ambientação e de infra-estrutura operacional;

VIII - capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;

IX - instrumental e equipamento indispensáveis ao desenvolvimento da atividade a que se propõe.

§ 1º A transferência da propriedade, a modificação da razão social e a alteração das equipes especializadas por outros profissionais, igualmente autorizados, na forma da Seção seguinte, quando comunicadas no decêndio posterior à sua ocorrência, não prejudicam a validade da autorização concedida.

§ 2º O estabelecimento de saúde, autorizado na forma deste artigo, só poderá realizar transplante, e, em caráter permanente, observar o disposto no § 1º do artigo seguinte.

Seção III

Das Equipes Especializadas

Art. 10. A composição das equipes especializadas será determinada em função do procedimento,

mediante integração de profissionais autorizados na forma desta Seção.

§ 1º Será exigível, no caso de transplante, a definição, em número e habilitação, de profissionais necessários à realização do procedimento, não podendo a equipe funcionar na falta de algum deles.

§ 2º A autorização será concedida por equipes especializadas, qualquer que seja a sua composição, levando o pedido, no caso do parágrafo anterior, ser formalizado em conjunto e só será deferido se todos satisfizerem os requisitos exigidos nesta Seção.

Art. 11. Além da necessária habilitação profissional, os médicos deverão instruir o pedido de autorização com:

- certificado de pós-graduação, em nível, no mínimo, de residência médica ou título de especialista reconhecido no País;

I - certidão negativa de infração ética, passada pelo órgão de classe em que forem inscritos.

Parágrafo único. Eventuais condenações, anotadas no documento a que se refere o inciso II deste artigo, não são indutoras do indeferimento do pedido, salvo em caso de omissão ou de erro médico que tenha resultado em morte ou lesão corporal de natureza grave.

Seção IV

Disposições Complementares

Art. 12. O Ministério da Saúde poderá estabelecer outras exigências, que se tornem indispensáveis à prevenção de quaisquer irregularidades nas práticas de que trata este Decreto.

Art. 13. O pedido de autorização será apresentado às Secretarias de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, que o instruirão com relatório conclusivo quanto à satisfação das exigências estabelecidas neste Decreto e em normas regulamentares, no âmbito de sua área de competência definida na Lei nº 3.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º A Secretaria de Saúde diligenciará junto ao requerente para a satisfação de exigência acaso não cumprida, de verificação a seu cargo.

§ 2º Com manifestação favorável sob os aspectos pertinentes à sua análise, a Secretaria de Saúde remeterá o pedido ao órgão central do SNT, para expedir a autorização, se satisfeitos todos os requisitos estabelecidos neste Decreto e em normas complementares.

Capítulo III

DA DOAÇÃO DE PARTES

Seção I

Da Disposição para *Post Mortem*

Art. 14. 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.

§ 1º A manifestação de vontade em sentido contrário à retirada de tecidos, órgãos e partes será plenamente reconhecida se constar da Carteira de Identidade Civil, expedida pelos órgãos de identificação da União, dos Estados, e do Distrito Federal, e da Carteira Nacional de Habilitação, mediante inserção, nesses documentos, da expressão "não-doador de órgãos e tecidos".

§ 2º Sem prejuízo para a validade da manifestação de vontade, como doador presumido, resultante da inexistência de anotações nos documentos de pessoas falecidas, admitir-se-á a doação expressa para retirada, após a morte, na forma prevista no Decreto nº 2.170, de 4 de março de 1997, e na Resolução nº 828, de 18 de fevereiro de 1977, expedida pelo Conselho Nacional de Trânsito, com a anotação "doador de órgãos e tecidos" ou, ainda, a doação de tecidos, órgãos ou partes específicas, que serão indicados após a expressão "doador de...".

§ 3º Os documentos de que trata o § 1º deste artigo venham a ser expedidos, na vigência deste Decreto, conterão, a pedido do interessado, as indicações previstas nos parágrafos anteriores.

§ 4º Os órgãos públicos, referidos no § 1º, deverão, incluir, nos formulários a serem preenchidos para a expedição dos documentos ali mencionados, espaço a ser utilizado para quem desejar, manifestar, em qualquer sentido, a sua vontade em relação à retirada de tecidos, órgãos e partes, após a sua morte.

§ 5º É vedado aos funcionários dos órgãos de expedição de documentos mencionados neste artigo, sob pena de responsabilidade administrativa, induzir a opção do interessado, salvo a obrigatoriedade de informá-lo de que, se não assinalar qualquer delas, será considerado doador presumido de seus órgãos para a retirada após a morte.

§ 6º Equiparam-se, à Carteira de Identidade Civil, para os efeitos deste artigo, as carteiras expedidas pelos órgãos de classe, reconhecidas, por lei, como prova de identidade.

§ 7º O interessado poderá comparecer aos órgãos oficiais de identificação civil e de trânsito, que procederão à gravação da sua opção na forma dos §§ 1º e 2º deste artigo, em documentos expedidos antes da vigência deste Decreto.

§ 8º A manifestação de vontade poderá ser alterada, a qualquer tempo, mediante renovação dos documentos.

Seção II

Da Disposição do Corpo Vivo

Art. 15. Qualquer pessoa capaz, nos termos da lei civil, pode dispor de tecidos, órgãos e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou terapêuticos.

§ 1º Só é permitida a doação referida neste artigo, quando se tratar de órgãos duplos ou partes de órgãos, tecidos ou partes, cuja retirada não cause ao doador comprometimento de suas funções vitais

aptidões físicas ou mentais e nem lhe provoque deformação.

§ 2º A retirada, nas condições deste artigo, só será permitida, se corresponder a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável e inadiável, da pessoa receptora.

§ 3º Exigir-se-á ainda, para a retirada de rins, a comprovação de, pelos menos, quatro compatibilidades em relação aos antígenos leucocitários humanos (HLA), salvo entre cônjuges e consangüíneos, na linha reta ou colateral até o terceiro grau inclusive.

§ 4º O doador especificará, em documento escrito, firmado também por duas testemunhas, qual tecido, órgão ou parte do seu corpo está doando para transplante ou enxerto em pessoa que identificará, todos devidamente qualificados, inclusive quanto à indicação de endereço.

§ 5º O documento de que trata o parágrafo anterior, será expedido, em duas vias, uma das quais será destinada a órgão do Ministério Público em atuação no lugar de domicílio do doador, com protocolo de recebimento na outra, como condição para concretizar a doação.

§ 6º Excetua-se do disposto nos §§ 2º, 4º e 5º a doação de medula óssea.

§ 7º A doação poderá ser revogada pelo doador a qualquer momento, antes de iniciado o procedimento de retirada da do tecido, órgão ou parte por ele especificado.

§ 8º A extração de parte da medula óssea de pessoa juridicamente incapaz poderá ser autorizada judicialmente, com o consentimento de ambos os pais ou responsáveis legais, se o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 9º A gestante não poderá doar tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, salvo da medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do feto.

Capítulo IV

DA RETIRADA DE PARTES

Seção I

Da Comprovação da Morte

Art. 16. A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica.

§ 1º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em Resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia, reconhecido no País.

§ 2º São dispensáveis os procedimentos previstos no parágrafo anterior, quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

§ 3º Não podem participar do processo de verificação de morte encefálica médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas, na forma deste Decreto, a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes.

§ 4º Os familiares, que estiverem em companhia do falecido ou que tenham oferecido meios de contato, serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para a verificação da morte encefálica.

§ 5º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato de comprovação e atestação da morte encefálica, se a demora de seu comparecimento não tornar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, mencionando-se essa circunstância no respectivo relatório.

§ 6º A família carente de recursos financeiros poderá pedir que o diagnóstico de morte encefálica seja acompanhado por médico indicado pela direção local do SUS, observado o disposto no parágrafo anterior.

Art. 17. Antes da realização da necropsia, obrigatória por lei, a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a *causa mortis*, circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo os casos de morte ocorrida sem assistência médica ou em decorrência de causa mal definida ou que necessite de ser esclarecida diante de suspeita de crime, quando a retirada, observadas as demais condições estabelecidas neste Decreto, dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista.

Seção II

Do Procedimento de Retirada

Art. 18. Todos os estabelecimentos de saúde deverão comunicar à CNCDO do respectivo Estado, em caráter de urgência, a verificação em suas dependências de morte encefálica.

Parágrafo único. Se o estabelecimento de saúde não dispuser de condições para a comprovação da morte encefálica ou para a retirada de tecidos, órgãos e partes, segundo as exigências deste Decreto, a CNCDO acionará os profissionais habilitados que se encontrarem mais próximos para efetuarem ambos os procedimentos, observando o disposto no § 3º do art. 16 deste Decreto.

Art. 19. Não se efetuará a retirada, se não for possível a identificação do falecido por qualquer dos documentos previstos nos §§ 1º e 6º do artigo 14 deste Decreto.

§ 1º Se dos documentos do falecido constarem opções diferentes, será considerado válido, para interpretação de sua vontade, o de expedição mais recente.

§ 2º Não supre as exigências deste artigo o simples reconhecimento de familiares, se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado.

§ 3º Qualquer rasura ou vestígios de adulteração dos documentos, em relação aos dados previstos nos §§ 1º e 6º do art. 14, constituem impedimento para a retirada de tecidos, órgãos e partes, salvo se, no mínimo, dois consangüíneos do falecido, seja na linha reta ou colateral até o segundo grau

inclusive, conhecendo a sua vontade, quiserem autorizá-la.

§ 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do cadáver de pessoas incapazes dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o pátrio poder, a guarda judicial, a tutela ou curatela.

Art. 20. A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo, será precedida da comprovação de comunicação ao Ministério Público e da verificação das condições de saúde do doador para melhor avaliação de suas conseqüências e comparação após o ato cirúrgico.

Parágrafo único. O doador será prévia e obrigatoriamente informado sobre as conseqüências e riscos possíveis da retirada, de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, para doação, em documento lavrado na ocasião, lido em sua presença e acrescido de outros esclarecimentos que pedir e, assim, oferecido à sua leitura e assinatura e de duas testemunhas, presentes ao ato.

Seção III

Da Recomposição do Cadáver

Art. 21. Efetuada a retirada, o cadáver será condignamente recomposto, de modo a recuperar, tanto quanto possível, sua aparência anterior, com cobertura das regiões com ausência de pele e enchimento, com material adequado, das cavidades resultantes da ablação.

Capítulo V

DO TRANSPLANTE OU ENXERTO

Seção I

Do Consentimento do Receptor

Art. 22. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após devidamente aconselhado sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

§ 1º Se o receptor for juridicamente incapaz ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrita ou, ainda, não souber ler e escrever, o consentimento para a realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, na ausência dos quais, a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo, mantê-lo vivo.

§ 2º A autorização será aposta em documento, que conterà as informações sobre o procedimento e as perspectivas de êxito ou insucesso, transmitidas ao receptor, ou, se for o caso, às pessoas indicadas no parágrafo anterior.

§ 3º Os riscos considerados aceitáveis pela equipe de transplante ou enxerto, em razão dos testes aplicados na forma do art. 24, serão informados ao receptor que poderá assumi-los, mediante expressa concordância, aposta no documento previsto no parágrafo anterior, com indicação das seqüelas previsíveis.

Seção II

Do Procedimento de Transplante

Art. 23. Os transplantes somente poderão ser realizados em pacientes com doença progressiva ou incapacitante, irreversível por outras técnicas terapêuticas, cuja classificação, com esse prognóstico, será lançada no documento previsto no § 2º do artigo anterior.

Art. 24. A realização de transplantes ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será autorizada após a realização, no doador, de todos os testes para diagnóstico de infecções e infecções, principalmente em relação ao sangue, observando-se, quanto a este, inclusive os exigidos na regulação para doação, segundo dispõem a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

§ 1º As equipes de transplantes ou enxertos só poderão realizá-los se os exames previstos neste artigo apresentarem resultados que afastem qualquer prognóstico de doença incurável ou letal para o receptor.

§ 2º Não serão transplantados tecidos, órgãos e partes de portadores de doenças que constem de listas de exclusão expedidas pelo órgão central do SNT.

§ 3º O transplante dependerá, ainda, dos exames necessários à verificação de compatibilidade sanguínea e histocompatibilidade com o organismo de receptor inscrito, em lista de espera, nas CNCDOs.

§ 4º A CNCDO, em face das informações que lhe serão passadas pela equipe de retirada, indicará a destinação dos tecidos, órgãos e partes removidos, em estrita observância à ordem de receptores inscritos, com compatibilidade para recebê-los.

§ 5º A ordem de inscrição, prevista no parágrafo anterior, poderá deixar de ser observada, se, em razão da distância e das condições de transporte, o tempo estimado de deslocamento do receptor eleito tornar inviável o transplante de tecidos, órgãos ou partes retirados ou se deles necessitar quem se encontre em iminência de óbito, segundo avaliação da CNCDO, observados os critérios estabelecidos pelo órgão central do SNT.

Seção III

Dos prontuários

Art. 25. Além das informações usuais e sem prejuízo do disposto no § 1º do art. 3º da Lei nº 9.434, de 1997, os prontuários conterão:

I - no do doador morto, os laudos dos exames utilizados para a comprovação da morte encefálica e para a verificação da viabilidade da utilização, nas finalidades previstas neste Decreto, dos tecidos, órgãos ou partes que lhe tenham sido retirados e, assim, relacionados, bem como o original ou cópia autenticada dos documentos utilizados para a sua identificação;

II - no do doador vivo, o resultado dos exames realizados para avaliar as possibilidades de retirada e transplante dos tecidos, órgãos e partes doados, assim como a comunicação, ao Ministério Público, da doação efetuada de acordo com o disposto nos §§ 4º e 5º do art. 15 deste Decreto;

III - no do receptor, a prova de seu consentimento, na forma do art. 22, cópia dos laudos dos exames previstos nos incisos anteriores, conforme o caso e, bem assim, os realizados para o estabelecimento da compatibilidade entre seu organismo e o do doador.

Art. 26. Os prontuários, com os dados especificados no artigo anterior, serão mantidos pelo prazo de cinco anos nas instituições onde foram realizados os procedimentos que registram.

Parágrafo único. Vencido o prazo previsto neste artigo, os prontuários poderão ser confiados à responsabilidade da CNCDO do Estado de sede da instituição responsável pelo procedimento a que se refiram, devendo, de qualquer modo, permanecer disponíveis pelo prazo de 20 anos, para eventual investigação criminal.

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 27. Aplica-se o disposto no § 3º do art. 19, à retirada de tecidos, órgãos ou partes de pessoas falecidas, até seis meses após a publicação deste Decreto, cujos documentos tenham sido expedidos em data anterior à sua vigência.

Art. 28. É o Ministério da Saúde autorizado a expedir instruções e regulamentos necessários à aplicação deste Decreto.

Art. 29. Enquanto não for estabelecida a estrutura regimental do Ministério da Saúde, a sua Secretaria de Assistência à Saúde exercerá as funções de órgão central do SNT.

Art. 30. A partir da vigência deste Decreto, tecidos, órgãos ou partes não poderão ser transplantados em receptor não indicado pelas CNCDOs.

Parágrafo Único. Até a criação das CNCDOs, as competências que lhes são cometidas por este Decreto, poderão pelo prazo máximo de um ano, ser exercidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Art. 31. Não se admitirá inscrição de receptor de tecidos, órgãos e partes em mais de uma CNCDO.

§ 1º Verificada a duplicidade de inscrição, o órgão central do SNT notificará o receptor para fazer a sua opção por uma delas, no prazo de quinze dias, vencido o qual, sem resposta, excluirá da lista a mais recente e comunicará o fato à CNCDO, onde ocorreu a inscrição, para igual providência.

§ 2º A inscrição em determinada CNCDO não impedirá que o receptor se submeta a transplante ou enxerto em qualquer estabelecimento de saúde autorizado, se, pela lista sob controle do órgão central do SNT, for o mais indicado para receber tecidos, órgãos ou partes retirados e não aproveitados, de qualquer procedência.

Art. 32. Ficam convalidadas as inscrições de receptores efetuadas por CNCDOs ou órgãos equivalentes, que venham funcionando em Estados da Federação, se atualizadas pela ordem crescente das respectivas datas e comunicadas ao órgão central do SNT.

Art. 33. Caberá aos estabelecimentos de saúde e às equipes especializadas autorizados a execução de

todos os procedimentos médicos previstos neste Decreto, que serão remunerados segundo os respectivos valores fixados em tabela aprovada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos de diagnóstico de morte encefálica, de manutenção homeostática do doador e da retirada de tecidos, órgãos ou partes, realizados por estabelecimento hospitalar privado, poderão, conjunta ou separadamente, ser custeados na forma do *caput*, independentemente de contrato ou convênio, mediante declaração do receptor, ou, no caso de óbito, por sua família, na presença de funcionários da CNCDO, de que tais serviços não lhe foram cobrados.

Art. 34. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 35. Fica revogado o Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 30 de junho de 1997; 176º da Independência e 109º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Carlos César de Albuquerque

Anexo 9

PROVISÓRIA Nº 1

<http://www.saude.gov.br/mweb/Modelo%20HP98/mp1718.htm>

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.718 DE 6 DE OUTUBRO DE 1998.

Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º - O art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

§ 6º Na ausência de manifestação de vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção."(NR)

Art. 2º - Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de outubro de 1998: 177º da Independência e 110º da República.

ERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

José Serra