

**ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA**

TATIANA LIMA AMORIM

**ASPECTOS ÉTICOS NA DOAÇÃO DE ORGÃOS: PERCEPÇÃO DOS
FAMILIARES DE PACIENTES COM MORTE ENCEFÁLICA.**

São Leopoldo

2013

**ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA**

TATIANA LIMA AMORIM

**ASPECTOS ÉTICOS NA DOAÇÃO DE ORGÃOS: PERCEPÇÃO DOS
FAMILIARES DE PACIENTES COM MORTE ENCEFÁLICA.**

Dissertação de Mestrado
Para obtenção do grau de Mestre.
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa: Ética e Gestão

Orientador: Dr. Lothar Carlos Hoch

**São Leopoldo
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A524a Amorim, Tatiana Lima
Aspectos éticos na doação de órgãos: percepção dos familiares de pacientes com morte encefálica / Tatiana Lima Amorim ; orientador Lothar Carlos Hoch. – São Leopoldo : EST/PPG, 2013.
75 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2013.

1. Doação de órgãos, tecidos, etc. – Aspectos psicológicos. 2. Doação de órgãos, tecidos, etc. – Aspectos religiosos. 3. Doação de órgãos, tecidos, etc. – Legislação – Brasil. 4. Consentimento (Direito) – Brasil. 5. Bioética. I. Hoch, Lothar Carlos. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

RESUMO

A possibilidade da substituição de órgãos e tecidos que estão comprometidos por outros que estão com suas funções vitais adequadas para o corpo humano, acontece por um principal objetivo, preservar a saúde do homem buscando maior sobrevida e principalmente proporcionando melhor qualidade de vida. O trabalho aborda o assunto doação de órgãos, onde será explorado o tema relacionando à percepção da família sobre morte encefálica e os impedimentos para a doação, tendo como principal objetivo conhecer as principais dificuldades e fatores que impedem os familiares de pacientes com morte encefálica autorizarem a doação de órgãos. Foram analisados 66 prontuários de prováveis doadores (pacientes com Morte encefálica), sendo 36 prontuários do ano de 2010 e 30 prontuários do ano de 2011. No entanto dos 66 prováveis doadores, foram doados os órgãos de apenas 16 pacientes, dos demais prováveis doadores (50 pacientes) não aconteceram as doações, houve recusa por parte da família, 46% alegaram que não tiveram informações sobre o que estava acontecendo, que houve pouco diálogo dos profissionais com a família e que principalmente o atendimento inicial na emergência não teve humanização. São muitas dúvidas que acometem as famílias em todo o processo, referente à morte encefálica, a liberação do corpo e outros questionamentos que surgem, porém quando os familiares são esclarecidos e informados pela equipe de saúde gera uma satisfação quanto ao atendimento prestado durante o período de internação do paciente, proporcionando assim um conforto às famílias e, conseqüentemente, auxiliando na diminuição da dor e do sofrimento.

Palavra chave: Doação de órgãos. Autorização da família. Morte encefálica.

ABSTRACT

The possibility of substituting organs and tissues which are damaged with others which have their vital functions working adequately for the human body, takes place for one main reason, to preserve the health of the person seeking a longer life and mainly to propitiate a better quality of life. This paper deals with the subject of organ donation, where the theme will be explored relating it to the family's perception of brain death and the impediments for donation, having as its main goal to get to know the main difficulties and factors which impede relatives of brain dead patients to authorize organ donation. 66 patient records of probable donors (brain dead patients) were analyzed, 36 of which were from the year 2010 and 30 from the year 2011. However, of the 66 likely donors, organs of only 16 patients were donated. There were no donations from the other probable donors (50 patients). The families refused. 46% alleged that they did not have information about what was happening, that there was little dialog of the professionals with the family and mainly, that the initial service in the emergency room was not humanized. Many doubts afflict the families in the whole process with regard to brain death, to liberating the body and other questions which arise. If the health team clarifies and informs the family adequately there will be greater satisfaction with regard to the service rendered during the patient's period of internment, propitiating comfort for the families and consequently helping to diminish the pain and suffering.

Keywords: Organ donation, family authorization, brain death.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Termo de Declaração de Morte Encefálica.....	16
Figura 2. Sequência do Processo de Doação de Órgãos para Transplantes.....	19
Figura 3. Tempo de Isquemia Fria.....	22
Figura 4. Formulário de Alerta de Doador.....	29
Figura 5. Protocolo para o Diagnóstico de Morte Encefálica.....	30
Figura 6. Termo de Declaração de Morte Encefálica.....	31
Figura7. Termo de Autorização para Remoção de Órgãos e Tecidos.....	32
Figura 8. Caso Real de Doação de órgãos, Relatado pelo Pastor Lothar Carlos Hoch.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Percentual de pacientes que doaram os órgãos e dos que não doaram por recusa familiar.....	43
Gráfico 2. Percentual de famílias que recusaram a doação dos órgãos por falta de informações e humanização no atendimento inicial.....	45
Gráfico 3. Percentual de famílias que recusaram a doação dos órgãos do familiar por aspectos religiosos.....	49
Gráfico 4. Percentual que caracterizam outras causas que impediram a doação de órgãos.....	50
Gráfico 5. Percentual de famílias que recusaram doar os órgãos do familiar por insegurança de tomar a decisão sozinho sem o consentimento de outros familiares.....	51
Gráfico 6. Percentual de famílias que recusaram doar os órgãos do familiar devido à demora para a realização do procedimento.....	53

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1. DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	09
1.1 Histórico e tipologia.....	09
1.2 Captação de órgãos: cuidados específicos.....	14
1.3 Cuidados na manipulação de órgãos para transplantes.....	20
2. BIOÉTICA: ASPECTOS LEGAIS, ÉTICOS E RELIGIOSOS DA DOAÇÃO	24
2.1 Aspectos legais: protocolos e leis para doação de órgãos.....	24
2.2 Aspectos éticos.....	33
2.3 Aspectos religiosos.....	36
3 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DA PESQUISA	41
3.1 Metodologia.....	41
3.2 Interpretação da pesquisa: percepção dos familiares de possíveis doadores e impedimentos para a doação.....	42
3.2.1 Falta de informações x humanização.....	44
3.2.2 Aspectos religiosos e mitos.....	48
3.2.3 Não indicativo para doação.....	50
3.2.4 Insegurança.....	51
3.2.5 Outras causas.....	53
CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	62

INTRODUÇÃO

O transplante é definido pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos como um “procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente - receptor, por outro órgão normal de um doador, morto ou vivo”. A possibilidade da substituição de órgãos e tecidos que estão comprometidos por outros que estão com suas funções vitais adequadas para o corpo humano, acontece por um principal objetivo, preservar a saúde do homem buscando maior sobrevida e principalmente proporcionando melhor qualidade de vida.

A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento no Brasil é regulamentada por várias leis, contando com um dos maiores programas públicos onde existem 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas para a realização de transplantes, e por meio das Centrais Estaduais de Transplantes o Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país.¹

A efetiva implantação desse processo passou e ainda passa por diversas dificuldades. Com a evolução do sistema foram criados protocolos, drogas que evitam a rejeição e técnicas cirúrgicas melhoradas, na tentativa de garantir toda eficácia de um transplante. No entanto, ainda existem muitos complicadores no percurso, principalmente no que está associado à doação de órgãos após a morte, que apesar de toda evolução científica a dificuldade de obtenção de órgãos para transplantes é predominante.

O processo de doação é iniciado com a identificação e manutenção do potencial doador e antes da intervenção cirúrgica a morte do doador deve ser detectada de forma segura. Após diversos exames que são repetidos por um determinado período é que se constata a morte cerebral, é quando realmente a morte acontece, sendo o diagnóstico de Morte Encefálica (ME) realizado em conformidade com a Resolução n.º 1.480/97, do Conselho Federal de Medicina (CFM).

¹ BRASIL. PORTAL DA SAÚDE–SUS. *Transplantes*. Ministério da Saúde: Brasília - DF. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004.> Acesso: 26 de abril, 2012.

A morte encefálica e sua constatação não estão ligadas apenas ao aspecto médico, mas abrange a história e a cultura de toda sociedade, enfatizando que o ser humano não deve ser considerado apenas como um organismo biológico, nem apenas como espírito, mas através de uma interligação de ambos. A definição de morte perpassa por conceitos e aceitação popular, demonstrando a resistência diante da doação de órgãos de um familiar morto.² A doação deve acontecer por consentimento expresso da família ou responsável legal, conforme Art. 5º da Lei 9.434/97.

Aspectos éticos e morais também estão envolvidos na atividade médica e a doação de órgãos, respaldando de forma legal todo o procedimento, mas questionamentos sociais ainda permeiam a questão, devido os envolvimento para a tomada de decisões e a associação com a cultura, crenças e conhecimento.

Com a evolução do procedimento e os resultados positivos para os transplantados, a quantidade de pacientes e de indicação para essa prática aumentaram, contudo a quantidade de órgãos doada não é suficiente para a quantidade de pessoas que aguardam um transplante, sendo que este processo terapêutico é uma etapa essencial para a sobrevivência desse paciente.

A doação de órgãos e tecidos de doadores vivos ou mortos geram diversas problemáticas, de ordem ética, religiosa e jurídica, o conhecimento da percepção da família sobre morte encefálica e os impedimentos para a doação, proporcionará a identificação das principais dificuldades e fatores, que impedem os familiares de pacientes com morte encefálica autorizarem a doação de órgãos, assim, o estudo permitirá identificar necessidades para a melhoria de todo o processo.

² HOCH, Lothar Carlos. WONDRACEK, Karin H.K. *Bioética: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida – esperanças e temores*. São Leopoldo: Sinodal; EST; FAPERGS, 232 p. 2006, p. 91.

1 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

1.1 Histórico e tipologia

Nas sociedades primitivas a busca pela saúde acontecia por meios místicos e invocações do sagrado, pois a doença era considerada como um castigo referente ao pecado, e ficava à espera do desconhecido para a cura das moléstias que afetavam o homem.

Pelo menos há três mil anos acontecia a substituição de órgãos doentes por órgãos saudáveis na medicina mitológica, com auxílio de curandeiros e deuses. Registro histórico existente referencia o acontecimento de um transplante de um pedaço de pele da testa em um processo de reconstrução facial, realizada pelo cirurgião Sushruta (800-750 a.C).³

Também existem registros na Índia e na China que referem a esses eventos. Há trezentos anos antes de Cristo aconteceu a doação de transplante de órgãos entre irmãos, realizada pelo médico Pien Chiao. Sendo já registrado o transplante de dentes por estudos arqueológicos feitos no Egito.⁴

Existem relatos de amputação de órgãos, enxertos de pele e transplantes que acontecem desde a história antiga, através de escritos que documentaram os fatos, conforme a lenda de Cosme e Damião que vigorou na era medieval, por afirmarem a realização do transplante de perna:

São Cosme e Damião para remover a perna gangrenada de um doente que tinham necessidade de amputar foram os Santos ao cemitério, em busca de uma que lhes pudesse servir para aquele fim. O único cadáver utilizável naquela ocasião era de um negro etíope, mas os Santos não tinham preconceitos raciais nem problemas de histocompatibilidade. Retiraram, pois, do cadáver o segmento do membro de que o enfermo carecia e a transplantação foi, por graças de Deus, um êxito completo, realçado ainda pela diferença da cor.⁵

³ CARDOSO, Alaércio. *Responsabilidade Civil e Penal dos Médicos nos Casos de Transplantes*. Belo Horizonte: Del Rey, 438 p. 2002. p. 29.

⁴ ARAÚJO, Eliana da Silva. *Transplantes de órgãos e tecidos humanos, e seus limites éticos jurídicos em defesa da dignidade da pessoa humana*. Osasco: UNIFEO- Centro universitário FIEO, 2006. Disponível em: <http://www.unifio.br/files/download/site/mestradodireito/bibliotecadigital/dissertações_2006/diss_eliana_araujo.pdf> Acesso: 23 fevereiro 2012. p.99 apud CHAVES,1994, p. 214.

⁵ ARAÚJO, 2006, p.99 apud SANTOS, *Transplante de órgãos e eutanásia*, 1992, p. 127.

No entanto foi a partir do século XX que o método começou acontecer de forma adequada e se concretizou, pois vários procedimentos até então não obtinha êxito devido a precariedade das técnicas e as consequências, como a infecção.⁶

Os resultados positivos dos transplantes aconteceram após o desenvolvimento de protocolos e processos terapêuticos desenvolvidos, que permitem um diagnóstico preciso e seguro de morte encefálica, associado à descoberta de medicamentos imunossupressores, que diminuem a rejeição, sendo assim fatores importantes para a evolução dos transplantes de órgãos.

Em 1902 aconteceu o primeiro transplante experimental de rim, realizado por Ulman, e o primeiro transplante de rins entre seres humanos, aconteceu em 1954 e foi realizado pelo Doutor Davi Hume, nos EUA. O paciente viveu oito anos. O primeiro transplante de coração aconteceu em 1967, no Sul da África e foi realizado pelo Doutor Christian Barnard.⁷

A atividade de transplante de órgãos e tecidos no Brasil iniciou no ano de 1964 na cidade do Rio de Janeiro e no ano de 1965, na cidade de São Paulo, com a realização dos dois primeiros transplantes renais do país.⁸

[...] em 1964, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, quando Sérgio Vieira Miranda, 18 anos, portador de pielonefrite crônica, recebeu um rim de uma criança de nove meses, portadora de hidrocefalia. Segundo o Jornal do Brasil de 18 de abril de 1964, participaram do transplante os cirurgiões Alberto Gentile, Pedro Abdalla, Carlos Rudge, Oscar égua, Antônio Carlos Cavalcante e Ivonildo Torquato.[...].⁹

O primeiro transplante de coração no Brasil foi realizado em 1968, por uma equipe chefiada pelo Dr. Zerbini no Hospital das Clínicas na Universidade de São Paulo, o paciente sobreviveu 27 dias.¹⁰

O transplante cardíaco no Brasil foi o primeiro da América Latina e o décimo sétimo do mundo, no entanto houve um alto índice de rejeição devido à falta de medicamentos específicos para o problema, causando assim um retrocesso nos transplantes cardíacos em todo o mundo. A partir da década de 80 com a utilização

⁶ ARAÚJO, 2006, p. 100.

⁷ KONINGS, Johan M.H; ZILLES, Urbano (org). *Religião e Cristianismo*. 7 ed. Porto Alegre: Edipucrs, 460p. 1997. p. 276.

⁸ SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE- *Estruturação do Sistema Nacional de Transplantes*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm#2>> Acesso: 22 de agosto de 2012.

⁹ ARAÚJO, 2006, p. 115. Disponível em: http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/1298/tx_history.html. *Transplantes de Órgãos e tecidos Humanos*. Acesso em: 18.01.2006.

¹⁰ KONINGS, 1997, p. 276.

da ciclosporina os transplantes tiveram um novo impulso.¹¹ O problema da rejeição do órgão transplantado foi diminuído com o avanço da farmacologia, com a descoberta de medicamentos imunossupressores, no entanto ainda são inúmeras as barreiras encontradas para os transplantes de órgãos.

Os resultados, as técnicas e a variedade de órgãos transplantados e o número de procedimentos realizados, caracterizam a evolução considerável desta atividade, mesmo sem uma legislação apropriada na época para a realização de transplantes. Existia apenas a Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, revogada pela Lei nº 8.489 de 18 de novembro de 1992, que aborda os transplantes e a retirada de órgãos de doadores cadáveres para fins terapêuticos. A destinação, a ordem dos transplantes e a inscrição dos receptores eram regulamentadas informalmente por resoluções regionais.¹²

A Lei Federal nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, regulamenta a retirada de órgãos e tecidos do corpo de um ser humano, de doador vivo ou cadáver, com finalidade terapêutica.

A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento no Brasil atualmente é regulamentada por várias leis, contando com um dos maiores programas públicos onde existem 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas para a realização de transplantes, e por meio das Centrais Estaduais de Transplantes o Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país.¹³

No entanto a escassez de órgãos para transplante e a grande procura gera um déficit, causando filas intermináveis e gerando um grande número de mortes de pessoas que estão à espera de um transplante, mesmo com todas as divulgações e sensibilizações vinculadas, ainda é um assunto que gera muitas polêmicas.

Com o progresso científico e técnico, os transplantes de órgãos começaram a obter êxito traçando uma nova história na medicina, em que um organismo humano recebe parte de outro organismo mediante intervenção, no intuito de atender rapidamente de forma precisa, pacientes graves.

¹¹ ARAÚJO, 2006, p. 115.

¹² BRASIL. SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE. *Estruturação do Sistema Nacional de Transplantes*.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm#2>> Acesso: 22 de agosto 2012.

¹³ BRASIL. PORTAL DA SAÚDE-SUS. *Transplantes*. Ministério da Saúde: Brasília - DF.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004> Acesso: 26 de abril, 2012.

Trata-se de uma técnica cirúrgica denominada de cirurgia substitutiva, que se caracteriza em essência porque se introduz no corpo do paciente um órgão ou tecido pertencente a outro ser humano, vivo ou falecido, com o fim de substituir a outros da mesma entidade pertencente ao receptor, porém, que tenham perdido total ou sensivelmente sua função. A natureza desse tipo de intervenção, do ponto de vista do receptor – posto que em relação ao doador a situação é diversa – é de estimá-la, em consequência, como uma intervenção curativa, sempre que exista a indicação terapêutica e se aplique a técnica adequada ao caso.¹⁴

O transplante é definido pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos como um “procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente - receptor, por outro órgão normal de um doador, morto ou vivo”.

O doador é o sujeito ativo, ou seja, é o que permite a retirada de órgãos ou tecidos do próprio corpo para o transplante. No entanto o “doador” que é a pessoa em quem se efetua a remoção dos órgãos, muitas vezes não é o responsável pela decisão de doação. Em geral os órgãos são doados por várias pessoas da família e não pelo próprio “doador”, pois a família é considerada doadora no sentido de permitir que os órgãos do “doador” sejam doados.¹⁵

O indivíduo que recebe órgãos ou partes do corpo humano, é considerado sujeito passivo ou receptor. É a pessoa que passa por uma enfermidade e só conseguirá uma qualidade de vida por meio do favorecimento do transplante.

As equipes de saúde são consideradas sujeitos intervenientes, pois são responsáveis pela remoção e transplantes. O procedimento só pode ser realizado em estabelecimento de saúde autorizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo todo o processo regulamentado pela Lei 9.434/97.¹⁶

Os diferentes tipos de transplantes e suas classificações são referenciais no momento da avaliação de rejeições.

Primeiro, há os autotransplantes (transplante autoplástico, auto-enxerto, transplantes homólogo), que são transplantes de um órgão ou tecido realizado no mesmo indivíduo: isto acontece quando se transfere pele, osso, músculo ou medula óssea de uma parte do organismo para outra. Em segundo, existem os homotransplantes, de um indivíduo para o outro da mesma espécie. Em terceiro lugar, os heterotransplantes (transplante heteroplástico, heteroenxerto, enxerto heterólogo), entre indivíduos de diferentes espécies, habitualmente de animais para seres humanos que

¹⁴SANTOS, Rita Maria Paulina dos. *Dos transplantes de órgãos à clonagem: nova forma de experimentação humana rumo à imortalidade?* 1 ed. 110 pag. Rio de Janeiro: Forense, 2000. p. 40.

¹⁵STEINER, Philippe. *A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias*. Tempo Social. São Paulo, vol. 16, n.2, p. 102-128, 2004. p.106.

¹⁶CARDOSO, Alaércio. *Transplantes: Aspectos éticos, legais e religiosos*.

Disponível em <<http://www.alaerciocardoso.adv.br/doutrina/141/>>Acesso:10 de agosto 2012.

também são conhecidos como xenotransplantes, E por ultimo, os isotransplantes, entre indivíduos geneticamente idênticos, caso gêmeos idênticos.¹⁷

Conforme Araújo existem diversas classificações: o autotransplante acontece a transferência de órgão ou tecido no mesmo organismo, ou seja, da mesma pessoa, por exemplo, ponte de safena. O isotransplante ocorre entre indivíduos com a mesma característica genética, exemplo: gêmeos univetalinos. No alotransplante são realizados entre indivíduos da mesma espécie, porém sem características genéticas iguais. No xenotransplantes é quando se utiliza gêneros diferentes para a realização do transplante, exemplo: órgão proveniente de animais e colocados em humanos. Essa ideia de implantar em pessoas órgãos retirados de animais causa aversão na sociedade no entanto diante da falta de doadores poderia ser uma boa alternativa¹⁸.

Os transplantes podem acontecer *intervivos* ou de uma doação *post mortem*. Nos transplantes *intervivos* o próprio doador é que manifesta o seu consentimento, e o doador acompanha todas as etapas do procedimento, mesmo com alguns problemas éticos, as dificuldades são menores em relação à doação *post mortem*.

Os transplantes *post mortem* são regidos por diversos questionamentos éticos e legais. Conforme artigo 6º do Código Civil Brasileiro, com a morte deixa-se de existir a personalidade jurídica, deixando de ser sujeito de direitos. Entretanto, o cadáver não pode ser comercializado, pois ofenderia a dignidade humana. A remoção de órgãos e tecidos depende da constatação da Morte Encefálica, que deve ser feita por dois médicos através da abertura de protocolo de ME, mais diversos exames.

Conforme os especialistas, os transplantes de órgãos são direcionados para pessoas portadoras de enfermidades que geram a falência de órgãos vitais. Um doador *post mortem* pode beneficiar até dez pessoas, no entanto, devido a alta complexidade do procedimento é necessário uma avaliação precisa do estado de saúde do receptor, dos possíveis riscos e das prováveis melhoras, pois envolve valores que estão associados a identidade pessoal, social e psicológica.

De forma incontestável, mesmo diante de desafios a medicina evoluiu com alta relevância, com o propósito de lutar contra o tempo e salvar vidas, os cientistas

¹⁷COELHO, Mario Marcelo. *Xenotransplantes: Ética e Teologia*. São Paulo: Loyola, 2004. p. 24 apud D.LAMB. *Transplante de órgãos e ética*. São Paulo, 2000, p. 25.

¹⁸ARAÚJO, 2006, p.108.

buscam o êxito da substituição de órgãos e tecidos que já não exercem suas funções de forma adequada, comprometendo assim a qualidade de vida do ser humano. Porém, a evolução científica veio acompanhada de vários conflitos que deparam com a consciência humana, envolvendo valores éticos, filosóficos e religiosos, formando um paralelo entre o progresso científico e o respeito à dignidade humana.¹⁹

1.2 Captação de órgãos: cuidados específicos

O processo de doação é iniciado com a identificação e manutenção do potencial doador e antes da intervenção cirúrgica a morte do doador deve ser detectada de forma segura. Após diversos exames que são repetidos por um determinado período é que se constata a morte cerebral, é quando realmente a morte acontece, sendo o diagnóstico de Morte Encefálica (ME) realizado em conformidade com a Resolução n.º 1.480/97, do Conselho Federal de Medicina (CFM).

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e, CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica; CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial.²⁰

Todos os dados são registrados no prontuário na forma de uma Declaração de Morte Encefálica (Figura 1), onde constam os registros dos exames neurológicos que comprovem a ausência de reflexos do tronco cerebral, mais exames complementares que demonstre a ausência de perfusão sanguínea cerebral e relatórios médicos.

Para constatação de Morte Encefálica inicialmente, é necessário certificar-se de que o paciente tenha identificação e registro hospitalar, a causa do coma seja estabelecida e conhecida, o paciente esteja hipotérmico (temperatura inferior a 35°C), o paciente não esteja usando drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, o paciente não esteja em hipotensão Arterial. Após essas certificações, o paciente deve ser submetido a dois exames neurológico que avaliem a integridade do tronco cerebral. Estes exames são realizados por dois médicos que não participam

¹⁹ ARAÚJO, 2006, p. 105

²⁰ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.480/97.

das equipes de captação e transplante, havendo um intervalo de tempo entre um exame e outro, o qual é definido em relação à idade do paciente (Resolução CFM 1480/97).²¹

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

NOME: _____
 PAI: _____
 MÃE: _____
 IDADE: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
 SEXO: M () F () RAÇA: A() B() N() Registro Hospitalar: _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 - Causa do Coma:

A.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia () SIM () NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO - Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

IDADE INTERVALO

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico

Resultados

	Resultados	
	1º exame	2º exame
Coma aperceptivo	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
Pupilas fixas e arreativas	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
Ausência de reflexo córneo-palpebral	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
Ausência de reflexos oculocefálicos	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
Ausência de reflexo de tosse	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
Apnéia	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante)

1 - PRIMEIRO EXAME

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____

END.: _____

ASSINATURA: _____

2 - SEGUNDO EXAME

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____

END.: _____

ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral
2. Cintilografia Radioisotópica
3. Doppler Transcraniano
4. Monitorização da pressão intra-craniana

²¹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIO VASCULAR. *O processo de Doação – Transplante*. Disponível em: <http://www.sbccv.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/processo_doacao_orgaos.pdf> Acesso: 24 de agosto 2012.

5. Tomografia computadorizada com xenônio
6. Tomografia por emissão de foton único
7. EEG 8. Tomografia por emissão de positrões
9. Extração Cerebral de oxigênio

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supraespinal. Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 - Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 - Teste da apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se de pCO₂ de até 55 mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 - Ventilar o paciente com O₂ de 100% por 10 minutos.

3.2 - Desconectar o ventilador.

3.3 - Instalar catéter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO₂ atingir 55 mmHg.

4 - Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 - Em pacientes com dois anos ou mais - exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 h.

7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo

Figura 1. Termo de Declaração de Morte Encefálica - RESOLUÇÃO CFM nº 1.480/97 Brasília-DF, 08 de agosto de 1997.

A família só é comunicada e orientada sobre a doação de órgãos após diversos testes e a confirmação da morte encefálica do paciente. O primeiro contato deve ser feito pelo médico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que estava

acompanhando o paciente e transmite maior confiança para os familiares referente ao diagnóstico de morte encefálica. Após esse contato a equipe da Organização de Procura de Órgãos aborda a família.

Após 1994, a central de regulação passou a receber os órgãos dos hospitais onde existem profissionais responsáveis pela remoção e conseqüentemente eram redistribuídos para os hospitais com profissionais responsáveis pelos transplantes, seguindo assim as regras, técnicas, éticas, a lista nacional e a justiça.²² No mês de junho do ano de 1997, o Ministério da saúde criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), Centrais de Notificação e Captação e Distribuição de órgãos (CNCDO), instituindo a forma da lista de espera e da distribuição dos órgãos e tecidos. Em agosto de 1998 foi implantada a coordenação nacional do Sistema Nacional de Transplantes, responsável pela regulamentação das atividades referentes à captação, alocação e distribuição de órgãos, articulando assim o vínculo entre os órgãos estaduais e municipais, sendo articulador do funcionamento de todo processo.²³

A criação do Sistema Nacional de Transplantes fez o Brasil despontar como um dos maiores países em número de transplantes no mundo. Em 1996 (antes da criação da SNT) foram realizados 3.979 transplantes. No ano de 2002 este número chegou a 7.981 transplantes pagos pelo SUS, representando um crescimento de mais de 100%. Isto fez aumentar o valor gasto total em transplantes de 75,4 milhões de reais em 1996 para 280,5 milhões de reais em 2001.²⁴

Com o propósito de aumentar a captação de órgãos e servir como apoio e referência em hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos, foi estabelecida a criação de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), que articula com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos. Cabe à comissão: identificar os recursos e diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos; garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação; promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de

²² STEINER, 2004, p.111.

²³ BRASIL. SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE. *Estruturação do Sistema Nacional de Transplantes*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm#2>> Acesso: 22 de agosto de 2012.

²⁴ SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE, 2012.

órgãos e tecidos; promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; fazer a triagem clínica, sorológica e resolver o trâmite burocrático do processo de retirada e transporte dos órgãos.

A CIHDOTT começou a funcionar no mês de Abril de 2007 no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), popularmente conhecido como Hospital de Base, que foi inaugurado em 02 de março de 1994, e desde então é considerado referência no atendimento de urgência e emergência na região sudoeste da Bahia e algumas cidades do norte de Minas Gerais. Após a organização burocrática, reuniões com médicos, em outubro de 2007 aconteceu a primeira doação de múltiplos órgãos na instituição. A CIHDOTT quando solicitada realiza entrevista familiar diante do fechamento de protocolo de (ME) em outras Unidades Hospitalares da cidade para viabilizar de forma tranquila a captação de órgãos que irá beneficiar pessoas que aguardam na fila de transplante do Estado da Bahia. A equipe de Captação é de Salvador que está prontamente a atender quando solicitada e esse transporte é realizado via aérea para acelerar todo o processo.

Após a identificação do potencial doador, conforme a resolução nº 1.480/97 do CFM, a equipe da UTI deve comunicar a CIHDOTT da possibilidade de um provável doador, após a notificação a comissão intra-hospitalar consulta a família no intuito de obter o consentimento para a doação. “Ocorrendo à recusa familiar para a doação, o processo é encerrado. Quando a família autoriza, inicia-se um protocolo interno que contempla vários procedimentos técnicos e administrativos indispensáveis para a viabilização dos órgãos”.²⁵ (Figura 2).

O Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde é comunicado, para a identificação dos receptores, seguindo o cadastro da lista única de receptores, e a realização de testes de compatibilidade e laboratoriais, definindo assim os receptores compatíveis.

²⁵ CINQUE, Valdir Moreira; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. *Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante*. Revista da escola de enfermagem da USP. São Paulo, vol.44, n.4, p. 996-1002, 2010, p. 997.

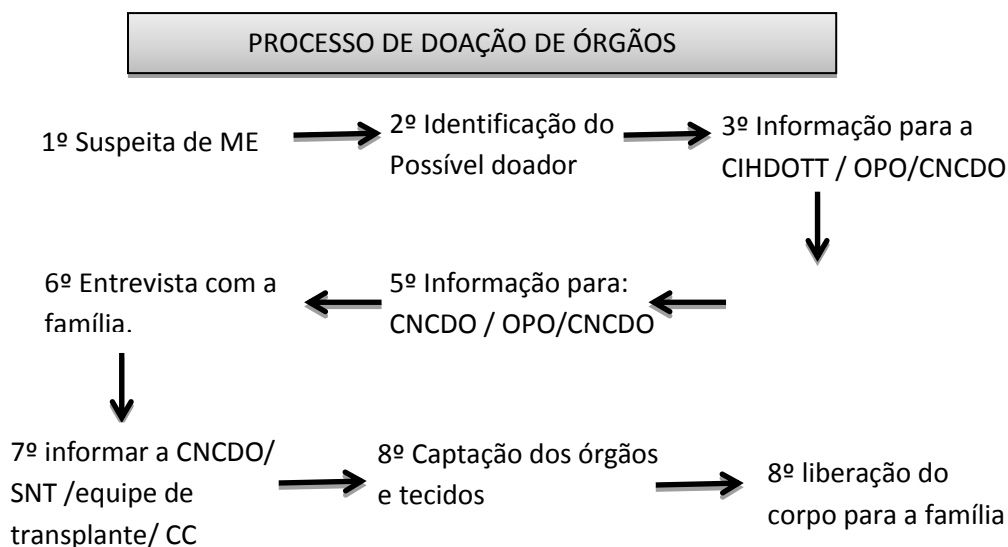


Figura 2 – Sequência do processo de doação de órgãos para transplantes – Vitória da Conquista, 2013.

A estabilidade hemodinâmica do potencial doador deve ser garantida com o propósito de assegurar a qualidade dos órgãos, sendo necessária agilidade nos procedimentos e cuidados básicos, como perfusão venosa, reposição volêmica, controle de temperatura e uso de antibióticos profiláticos.

A ME desencadeia diversas alterações fisiológicas no sistema orgânico, provocando alterações bioquímicas e celulares, levando a disfunção múltipla de órgãos, comprometendo a perfusão dos órgãos e refletindo na qualidade do transplante. Acontece uma expansão do conteúdo intracraniano e, conseqüentemente, ocorre o aumento da pressão intracraniana, que provoca a herniação do tronco cerebral, gerando diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca na fase inicial. Esse processo é seguido por uma descarga adrenérgica, que é caracterizada por um esforço final do organismo na tentativa de restabelecer a perfusão cerebral.²⁶

A resposta autonômica simpática devido à isquemia ocasiona a vasoconstrição que provoca o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e da demanda de oxigênio para o miocárdio, podendo causar a isquemia e necrose do músculo cardíaco. Após este evento acontece uma extrema vasodilatação com hipotensão arterial, provocando um colapso cardiovascular.²⁷

²⁶ D'IMPERIO, Fernando. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Rev. bras. ter. intensiva*. vol.19, n.1, p. 74-84. 2007, p. 75-76.

²⁷ RECH, Tatiana H. RODRIGUES FILHO, Édison Moraes. Manuseio do Potencial Doador de Órgãos Múltiplos. *Rev. Bras.ter. intensiva*. São Paulo, vol. 19, n.2, p. 197-204, 2007. p.198.

Em decorrência a vasodilatação, da resposta inexistente da regulação hipotalâmica, da infusão de grandes quantidades de soluções e da ausência da reação corporal em produzir os tremores para a geração do calor é rápida a diminuição da temperatura provocando alterações como disritmia, disfunção cardíaca e coagulopatia. Seguido pelo acionamento de mediadores inflamatórios, pois existe um processo inflamatório cerebral, as citocinas liberadas neste processo são alojadas nos órgãos aumentando os índices de resposta imunológica dos receptores.²⁸

As alterações fisiopatológicas do processo de ME originam alterações metabólicas, circulatórias e hipoperfusão tecidual necessitando de cuidados intensivos os potenciais doadores, pois vai interferir na qualidade e na quantidade de órgãos doados, o suporte fisiológico começa pela revisão das medicações utilizadas, garantir a manutenção dos antibióticos, o tratamento neurológico não tem mais função, entre diversos cuidados os mais evidentes são a conservação da cabeceira eleva 30°, controle contínuo da pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso, temperatura e de líquidos e eletrólitos. A utilização de cobertores e mantas térmicas e a infusão de soluções aquecidas ajudam na manutenção da temperatura, a nutrição dos órgãos devem ser mantidas através da dieta via enteral.²⁹

1.3 Cuidados na manipulação de órgãos para transplantes

A remoção de órgãos e tecidos deve ser realizada em um estabelecimento de saúde e por uma equipe médica-cirúrgica previamente autorizada pelo órgão nacional do Sistema Único de saúde, conforme artigo 2º da lei de Transplantes:

A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médicas-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

No transplante *post mortem* a recomposição do cadáver após a remoção dos órgãos e tecidos é regida pelo artigo 8º da Lei nº 9.434/97 e pelo artigo 21 do Decreto nº 2.268/97 determinando que após a retirada de algum órgão o cadáver deverá ser recuperado conforme sua aparência anterior, preenchendo as cavidades

²⁸ RECH, 2007, p. 199.

²⁹ RECH, 2007, p. 199-200.

e recobrando locais com ausência de pele, a entrega do corpo aos parentes ou responsáveis legais deve ser feita de forma digna, resguardando os sentimentos dos familiares e o respeito à dignidade humana. Conforme o artigo 19 da Lei de Transplante, a não recomposição do cadáver é crime, com detenção de seis meses a dois anos.

A extirpação é determinada por uma dimensão social e por uma dimensão técnica; comecemos pela última, ainda que as duas estejam profundamente imbricadas. Afora a tarefa de verificar se o paciente está na situação legalmente definida como morte cerebral, a manutenção das funções fisiológicas necessárias para garantir um estado satisfatório dos órgãos antes que a possibilidade de remoção se concretize impõe uma carga pesada de responsabilidade para o médico anestesista, e essa manutenção não poderá estender-se por muito tempo. Portanto, há uma questão técnica importante, presente desde o início: trata-se de uma situação que mobiliza a equipe hospitalar em termos que podemos caracterizar como de urgência, no sentido de que as decisões não podem desprezar, ou muito pouco somente, o fator tempo.³⁰

“O processo de doação é definido como um *conjunto de ações e procedimentos que conseguem transformar um potencial doador em um doador efetivo* [...]”, que envolve várias etapas, é iniciado com o diagnóstico de ME e concluído com o transplante, porém para os familiares o processo é relatado como cansativo, desgastante, sofrido e demorado, e seu término é considerado só com o sepultamento do familiar, o que compromete de forma negativa a quantidade de doações.³¹

A preservação dos órgãos acontece com a infusão de líquidos, após o clampeamento da aorta, o fluxo sanguíneo não chega mais aos órgãos, a partir deste momento inicia-se a contagem do tempo de isquemia, a isquemia fria acontece na ocasião da parada cardíaca (clampeamento) até o início da perfusão com soluções de preservação, a isquemia quente é a partir do momento da infusão das soluções que no caso de doador cadáver é feita “in situ”.³² (figura 3 e figura4).

³⁰ STEINER, 2004, p.104 apud CARVAIS e SASPORTES, 2000, pp. 400-401.

³¹ CINQUE, 2010, p.997.

³² PROGRAMA DE TRANSPLANTES DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Curso Prático de Extração, Perfusão e Acondicionamento de Múltiplos Órgãos para Transplante*. Coordenação: Prof. Dr. Bem-hur Ferras Neto, Dr. Rogério Carballo Afonso, Enf. Tadeu Thomé. Setembro 2010.

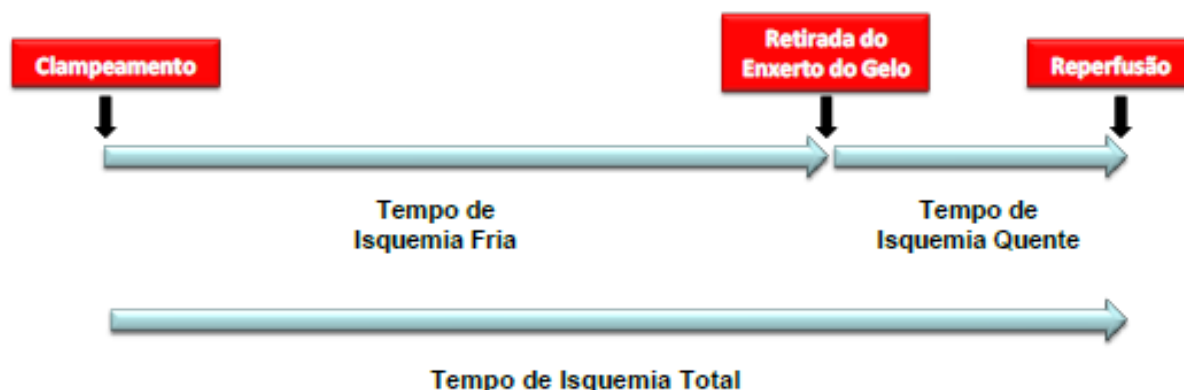


Figura 3: Tipos de Isquemia. *Curso Prático de Extração, Perfusão e Acondicionamento de Múltiplos Órgãos para Transplante.*

Órgão	Tempos de Isquemia fria
Coração	4 horas
Pulmão	4 – 6 horas
Fígado	12 horas
Pâncreas	até 20 horas
Intestino	6 a 8 horas
Rins	até 24 horas (solução E.c ollins) e 36 horas (solução UW)
Vasos	até 10 dias (solução uw)

Figura 3: Tempo de isquemia fria -*Curso Prático de Extração, Perfusão e Acondicionamento de Múltiplos Órgãos para Transplante.*

Existe a necessidade da manutenção dos órgãos e agilidade em todo o processo para garantir a viabilidade do procedimento, os cuidados e técnicas adequadas garantem o sucesso do transplante, pois o tempo de isquemia do órgão, da forma de acondicionamento e do transporte, sendo referencias importantes para o resultado positivo do transplante.

Para cada órgão existe um método de armazenamento específico:

- Coração: deve ser colocado em saco plástico estéril com solução fisiológica gelada (4°C), até a imersão totalmente do órgão, em seguida colocar outro saco com mais soro fisiológico, repetir o processo por mais uma vez e lacrar colocando o horário da cardioplegia, o transporte é realizado em recipientes térmicos.

- Pulmão: os dois pulmões ligados a uma porção de átrio esquerdo deve ser colocado em sacos plásticos estéreis com 3 litros de soro fisiológico na temperatura de 10°C repetir o processo por mais duas vezes, colocando a identificação e o horário do clampeamento, mantendo em caixa térmica.

- Enxertos / Vasculares: devem ser acondicionados em frascos estéreis com a solução utilizada na extração, em 4°C. Manter em geladeira térmica.

- Rins: devem ser acondicionados separadamente em sacos plásticos estéreis com 500ml de solução Viaspan ou Euro-Collins, na temperatura de 4°C, após lacrar o primeiro saco colocar outro saco com gelo moído.

- Fígado / Pâncreas / Intestino delgado: colocar cada órgão separado em sacos plásticos estéreis com 1litro de solução Viaspan (4°C), lacrar com fita cardíaca, colocar dentro de outro saco plástico contendo gelo lacrar e identificar. Manter em caixa térmica.³³

Após o transplante o receptor deve ter um acompanhamento médico e psicológico contínuo. O paciente passa por uma experiência de regresso a vida, despertando um sentimento de gratidão e o desejo de retribuição pela generosidade da doação, expressando no meio familiar ou em projetos sociais.³⁴

A doação de órgãos é a forma de expressão de famílias que querem ajudar outras pessoas que dependem de um órgão para ter uma condição de vida melhor, acabando assim o sofrimento de outros indivíduos, mesmo diante da debilitação sentimental provocada pelo falecimento do ente querido.³⁵

Diante das divulgações feitas pelos meios de comunicação, como pessoas que são “presas” a uma máquina de hemodiálise, famílias que vem seus entes falecerem aguardando um transplante, crianças que tem como moradia os corredores dos hospitais com uma vida toda pela frente, todos à espera de um órgão, mesmo com toda demonstração da importância que a doação de órgãos tem na atualidade, o número de doações efetivas não é satisfatória para atender a demanda de pacientes cadastrados nas intermináveis filas de espera.

³³ PROGRAMA DE TRANSPLANTES DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEN. *Curso Prático de Extração, Perfusão e Acondicionamento de Múltiplos Órgãos para Transplante*. Coordenação: Prof. Dr. Bem-hur Ferras Neto, Dr. Rogério Carballo Afonso, Enf. Tadeu Thomé. Setembro 2010.

³⁴ STEINER, 2004, p. 107.

³⁵ BENDASSOLLI, Pedro Fernando. *Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos*. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre, vol.14, n.1, p. 225-240, 2001. p.229.

2 BIOÉTICA: ASPECTOS LEGAIS, ÉTICOS E RELIGIOSOS DA DOAÇÃO

2.1 Aspectos legais: Protocolos e leis para doação de órgãos

De acordo a evolução dos transplantes de órgãos e tecidos nas últimas décadas, foi necessária a criação de leis que legalizassem o processo, impondo limites e regras, com o propósito de proteger o ser humano e regulamentar todo o procedimento, pois a lei admite a doação de partes do corpo humano, visando salvar vidas e recuperar a saúde daqueles que necessitam de transplantes, mas o comércio de órgãos é terminantemente inaceitável e imoral, pois fere o fundamento ético da dignidade da pessoa humana.

A remoção de órgãos e transplantes de tecidos e partes do corpo humano de pessoa viva é denominado *intervivos*, e o transplante do corpo de pessoas já falecidas é denominado *post mortem*. Na Lei de Transplantes o transplante *post mortem*, é citado no artigo 3.º, e o artigo 9.º relata sobre o transplante *intervivos*:

Art. 3.º 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.

Art. 9.º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fins de transplante ou terapêuticos.³⁶

A primeira lei que tratou da questão foi a Lei nº 4.280 de 06 de novembro de 1963, conforme o artigo 1º;

É permitida a extirpação de partes de 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.

Devido a controvérsias e termos utilizados na Lei nº 4.280, no ano de 1968, foi criada a Lei nº 5.479 que “Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências.” A Lei nº 5.479 legalizou a doação *intervivos* e revogou a primeira lei

³⁶ BRASIL. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS HUMANOS: *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 legislação correlata. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

que dispunha sobre transplantes e retirada de órgãos de cadáveres, corrigindo alguns inconvenientes da lei anterior, sendo mais clara e precisa, abordando de forma enfática a autorização do procedimento que deveria acontecer por escrito, conforme artigo 3º:

Art. 3º A permissão para o aproveitamento, referida no art. 1º, 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 responsáveis 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.

A doação de órgãos no *post mortem* até o ano de 1992 era pela forma de doação voluntária, onde a pessoa se responsabilizava pelo consentimento da doação de seus órgãos em vida, nos casos que não havia essa manifestação a família é que tomava a decisão contra ou a favor da doação de órgãos.³⁷ Com a criação da Lei nº 8.489 em 1992, passou a vigorar o consentimento presumido, onde todo indivíduo era considerado automaticamente doador de órgãos, caso contrário só não era doador quem tivesse o registro na carteira de identidade ou habilitação, a seguinte observação “não doador de órgãos e tecidos”.³⁸

No ano de 2001 a Lei nº 10.211 extinguiu a forma de doação através do consentimento presumido, pois a experiência demonstrou que a generosidade não era intensa o suficiente para que abrangesse a sociedade de uma forma geral sem existir regras, normas e razões consistentes para a doação de órgãos.

As doações passaram a ser por consentimento expresso da família ou responsável legal, conforme Art. 5º da Lei 9.434/97 “*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.*”³⁹ No entanto existe controvérsia em relação a entrevista familiar para

³⁷ BRITES, Dorelayne Aparecida. et al. *Doação de órgãos: mitos e verdades da equipe de enfermagem*. CESCAGE. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/artigos/tcc_dorelayne.pdf>. Acesso: 08 de Agosto de 2012. P. 11.

³⁸ BRASIL. *Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8489.htm>. Acesso: 07 de Julho de 2012.

³⁹ BRASIL. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS HUMANOS, 2001.

autorização da captação por ser o momento de dor e perda que deve estar associado a “generosidade”.

Qualquer política que coloque o ônus da decisão e da aprovação sobre a família no seu mais intenso momento de dor é, não somente insensata e insensível, mas fadada ao fracasso e ao insucesso. Quando se está nestas ocasiões de grande impacto emocional o que se precisa é exatamente de procedimentos rituais, rotineiros e automáticos, que nos livrem da pressão insuportável de ter de decidir.⁴⁰

A relação entre a ética, medicina, direito e sociedade compõem o contexto da doação de órgãos, com os avanços tecnológicos foram criadas regras jurídicas que determinam condutas e limites perante procedimentos terapêuticos, amparando o ser humano na lei e na justiça, equilibrando os interesses e impedindo excessos contra a vida humana.⁴¹

A revolução da ciência trouxe diversos problemas para o Biodireito, desafios que geram questões éticas e jurídicas e que envolvem toda a sociedade, a criação de diretrizes foi primordial para respaldar e resguardar os direitos fundamentais do ser humano, sendo uma arma de controle social o direito busca impor limites a ações que podem ser prejudiciais a dignidade humana.⁴²

Os noticiários divulgam diariamente fatos sobre o desenvolvimento científico que muitas vezes parece ficção, surgindo mudanças a cada segundo e ficando diversos questionamentos éticos, o transplante de órgãos sem dúvida é um evento evidente para todo o mundo, com tantos mitos e crenças o procedimento evoluiu e proporciona vida para pessoas, no entanto os fatos e as regras devem ser claros proporcionando segurança e confiança para a sociedade.

O tráfico de órgãos humanos infringe a lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que no Art.15 dispõe, “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”.

O tipo penal transcrito contém dois núcleos, consubstanciados, precisamente, nos verbos comprar e vender. A julgar pelo teor literal do dispositivo é de se concluir que o legislador ordinário pretendeu tornar criminosa a conduta de dispor, para fim de transplante, de parte do corpo humano, sempre que haja intuito comercial, de lucro, envolvido. Facultou-se, tão-somente, a disposição gratuita, com fins altruísticos e humanitários,

⁴⁰ BRITES, 2012, p. 12. (CURTIN apud ALMEIDA; MUÑOZ, 2002, p.155).

⁴¹ ARAÚJO, 2006, p.45.

⁴² ARAÚJO, 2006, p .65.

livremente consentida e entre pessoas que guardam ligação emocional ou afetiva.⁴³

A medicina que contribui para diversos tratamentos e descobertas científicas também pode ser utilizada como uma instituição lucrativa usando pessoas com baixas condições financeiras e abusando de outras que podem pagar, as notícias foram se tornando mais frequente sobre a venda de partes do corpo humano, tornando em uma ação desonesta e insensível as pessoas que aguardam um transplante.

As notícias são ameaçadoras, deixando as famílias com mais receio ainda perante a doação de órgãos, A imprensa brasileira divulgou, no ano passado, um caso de transplante de rins entre os irmãos que não deu certo, pois depois de ser retirado do doador, o órgão sumiu. Após o descobrimento da necessidade de um transplante de rins decorrente de uma insuficiência renal crônica, onde era necessária a realização de diálise, a paciente começou uma busca incansável de um doador, e encontrou compatibilidade em seu irmão, que foi preparado realizando todos exames exigidos, no dia 1º de agosto de 2006, no Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís, no Maranhão, foi realizado o procedimento cirúrgico que demorou mais do que o esperado, no entanto o rim retirado não foi transplantado na paciente. Segundo o Ministério Público, a equipe médica que participou do processo declarou que apesar da compatibilidade dos exames somente na hora da cirurgia descobriram que o rim do irmão não servia para resolver o problema da irmã, no entanto o órgão “sumiu”. Em decorrência aos questionamentos da família foi liberada pela instituição uma amostra do rim para exames, que para a surpresa a amostra não era compatibilizada ao rim retirado. O hospital declarou não ser responsável pelo fato e o Ministério Público, pediu a prisão dos responsáveis, porque ocorreu um transplante indevido que resultou na perda de um órgão por parte do doador, e a família pede indenização e aguarda explicação.⁴⁴

⁴³ ARRUDA, Samuel Miranda. *Notas Acerca Do Crime de Tráfico de Órgãos*. Revista Eletrônica PRPE, Maio de 2004. Disponível em: <<http://www.prpe.mpf.gov.br/internet/content/search? Search Text=arruda>>. Acesso: 26 de jan. 2013.

⁴⁴ FANTASTICO. GLOBO.COM. *Órgão do doador some durante transplante de rim entre irmãos*. Brasil, 2012. Disponibilizado em: <<http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1679870-15605,00-ORGAO+DO+DOADOR+SOME+DURANTE+TRANSPLANTE+DE+RIM+ENTRE+IRMAOS.html>> Acesso: 27 de Janeiro de 2013.

A política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação (Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2001), que após as modificações legais para seu aperfeiçoamento, tem como diretrizes: a gratuidade dos órgãos e tecidos para doação, a realização de exames para triagem diagnóstica e a garantia ao direito aos pacientes que necessitam destes procedimentos, trata ainda da autorização que deve ser feita pelo responsável do paciente com o diagnóstico de ME e em casos de doação intervivos poderá ser realizada somente entre parentes consanguíneos ou cônjuge, em outros casos só com autorização judicial.

O Ministério da Saúde busca implementar as medidas preconizadas, através do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), onde são criadas listas únicas de receptores (Cadastro Técnico Único – CTU), tendo o suporte também das Centrais Estaduais de Transplantes (SET) e das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), que normatizam de forma complementar o SNT, onde são cadastradas equipes especializadas e estabelecidos critérios para a realização dos procedimentos.

O SNT é interligado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde dos Estados e do DF, Secretarias de Saúde dos Municípios e dos Hospitais que possuem autorização para a realização dos procedimentos e redes de serviços auxiliares. A CNCDO é responsável pelo controle dos dados tanto dos receptores quanto dos doadores, realizando a seleção de pacientes e distribuindo os órgãos, conforme a CTU, é composto pela Organização de Procura de Órgãos (OPO) que atua regionalmente identificando potenciais doadores da sua área de atuação. A OPO é apoiada pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), atua na identificação do potencial doador, realiza a entrevista familiar e organiza o processo de captação de articulando os instrumentos necessários para o processo.⁴⁵


Para a realização da captação dos órgãos é imprescindível e obrigatória a documentação que respaldam o ato cirúrgico como o Termo de declaração de ME, Laudo de autorização de doação de múltiplos órgãos, Ficha de informação do doador, Tipagem Sanguínea e Laudo de Sorologia.⁴⁶ Segue abaixo modelos de

⁴⁵ PROGRAMA DE TRANSPLANTES DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Curso Prático de Extração, Perfusão e Acondicionamento de Múltiplos Órgãos para Transplante*. Coordenação: Prof. Dr. Bem-hur Ferras Neto, Dr. Rogério Carballo Afonso, Enf. Tadeu Thomé. Setembro 2010.


⁴⁶ Programa de Transplantes do Hospital Israelita Albert Einstein, 2012.

fichas utilizadas em todo processo de captação de órgãos, fornecidas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – Sistema Estadual de Transplantes.

FORMULÁRIO DE ALERTA DE DOADOR



SESAB – SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES
CNCDO'S - CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS
FORMULÁRIO DE ALERTA DOADOR



Notificação		Data: ___/___/___	Hora:	Hosp. Not.:	Tel. Contato:		
<input type="checkbox"/> M Encefálica		<input type="checkbox"/> C Parado		Óbito: Data ___/___/___	Hora:		
Nome:					RGCT _____		
RG:		CPF		Dta. Nasc.			
Idade	Sexo:	Cor:	G-ABO:	Peso:	Altura:		
Endereço:							
Bairro:		Cidade:		CEP:	Tel:		
Nome da Mãe:							
Data de Admissão:		Diagnóstico:			Dias de UTI:		
Comprovação de ME: 1° Teste: Data ___/___/___ Hora _____ 2° Teste: Data ___/___/___ Hora _____							
Exame Realizado:			Observações:				
História e Evolução Clínica (incluir Doenças Auto-Imunes, Neoplasias, Aneurismas, AVCs, IAMs, etc.)							
Antecedentes Diabetes: no doador: em parentes de 1º Grau informe (S=Sim N=Não I=Ignorado)							
Cardiopatias	DPOC	Hepatite Tipo	Drogas	Alcool	<input type="checkbox"/> Outros _____		
PCR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ min			Intubado há _____ dias		FiO2: _____ %		
Diurese EM 24hs: _____ ml		Diurese _____ ml/Kg/h		PA: _____ mmHg	T °C		
Recebeu Sangue/ Hemoderivados <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo:							
Drogas Vasoativas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Dopamina _____ mcg/Kg/min		<input type="checkbox"/> Dobutamina _____ mcg/Kg/min		<input type="checkbox"/> Noradrenalina _____ mcg/Kg/min	
Infecção <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local		Antibiótico1 _____ Tempo _____		Antibiótico2 _____ Tempo _____		Antibiótico3 _____ Tempo _____	
Hemocultura Positiva <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Germe Isolado _____							
Data	___/___/___	Data	___/___/___	Data	___/___/___		
HB		CK-MB				RX Tórax	
HT		Amilase					
LEUCO		TGO				ECG	
PLTS		TGP					
Uréia		Fos Alc				ECO	
Creat		GamaGT					
Na		Bil Total					
K		Bil Direta					
.Glic		FiO2				Cateterismo	
CPK		pH					
Mg		PO2					
Ca		PCO2					
TP		SatO2					
CK							
	RESULTADO	POSITIVO			RESULTADO	POSITIVO	
		IgM	IgG			IgM	IgG
CHAGAS				HIV			
Anti-HCV				HTLVI-II			
HBs -Ag				TOXOPLASMOSE			
Anti- HBs/HBc	/			CITOMEGALOVIRUS			
				SÍFILIS			
Retirada marcada para as _____ h do dia ___/___/___							
Doação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo <input type="checkbox"/> Rec. Fam. <input type="checkbox"/> Família Ausente <input type="checkbox"/> Fora Faixa Etária <input type="checkbox"/> Contra Ind. Médica							
<input type="checkbox"/> Sorol. Positiva <input type="checkbox"/> Não Concl. ME <input type="checkbox"/> Óbito Mais de 6h							
Responsável p/ Informações _____			Data ___/___/___ Assinatura _____				

Figura 4: Formulário de alerta doador, fornecido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – Sistema Estadual de Transplantes. Usada no Hospital Geral de Vitória da Conquista.

PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA



PROTOCOLO PARA O DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____
 Idade: ____ anos Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
 Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____
 Sexo: _____ Cor: _____ Registro Hospitalar: _____

A - HISTÓRIA PROGRESSIVA E CAUSA IMEDIATA DO COMA:

B – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (confirmar antes da realização do exame):

	1º Exame	2º Exame
a) Coma Aperceptivo	() Sim () Não	() Sim () Não
b) Ausência de Hipotermia (< 32,5°C)	() Sim () Não	() Sim () Não
c) Ausência de drogas depressoras do SNC:		
Barbitúricos	() Sim () Não	() Sim () Não
Opiáceos	() Sim () Não	() Sim () Não
Diazepínicos/Relaxantes musculares	() Sim () Não	() Sim () Não
d) Ausência de anormalidades corrigíveis	() Sim () Não	() Sim () Não

C – INTERVALO MÍNIMO ENTRE OS EXAMES CONFORME A IDADE (apontar o caso do paciente)

IDADE	INTERVALO	
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas	()
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas	()
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas	()
Acima de 2 anos	6 horas	()

D – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DO TRONCO CEREBRAL:

Hora: ____ : ____ h

Hora: ____ : ____ h

		1º Exame	2º Exame
a) Pupilas fixas e areativas		() Sim () Não	() Sim () Não
b) Ausência do reflexo córneo-palpebral		() Sim () Não	() Sim () Não
c) Ausência do reflexo oculocefálico (olho de boneca)		() Sim () Não	() Sim () Não
d) Ausência do reflexo oculo-vestibular (prova térmica)		() Sim () Não	() Sim () Não
e) Ausência do reflexo orofaríngeo (vômito)		() Sim () Não	() Sim () Não
f) Ausência do reflexo traqueal (tosse)		() Sim () Não	() Sim () Não
g) Após estimulação dolorosa intensa supra-orbital			
Ausência do reflexo cílio-espínhal (dilatação pupilar)		() Sim () Não	() Sim () Não
Ausência de alteração da frequência cardíaca		() Sim () Não	() Sim () Não
Ausência de reações motoras		() Sim () Não	() Sim () Não
h) Teste de apnéia		() Sim () Não	() Sim () Não

E – EXAME COMPLEMENTAR REALIZADO: _____

F – CONCLUSÃO: Considerando os achados acima, certificamos o diagnóstico de _____

Nome do Médico: _____
 End: _____
 CREMEB: _____ Tel: _____
 Assinatura: _____

Nome do Médico: _____
 End: _____
 CREMEB: _____ Tel: _____
 Assinatura: _____

Figura 5: Protocolo de Morte Encefálica usado para diagnóstico de ME na UTI do HGVC.

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

SESAB SUS	PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA PARA PACIENTES ACIMA DE 2 ANOS	HOSPITAL: _____
---------------------	--	-----------------

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

(Res. CFM nº 1.480 de 08/08/97)

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

IDADE: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 – Causa do coma:

A.2 – Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame:

- a) Hipotermia () SIM () NÃO
- b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO – Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes na tabela abaixo:

IDADE	INTERVALO
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	06 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO, obrigatoriamente, para todos os itens abaixo.)

Elementos do exame neurológico

Resultados

	1º Exame		2º Exame	
	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Coma aperceptivo	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Pupilas fixas e arreativas	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de reflexo córneo-palpebral	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de reflexos oculocefálicos	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de reflexo de tosse	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Apnéia	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS – Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

<p>1. PRIMEIRO EXAME</p> <p>DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p> <p>NOME DO MÉDICO: _____</p> <p>CRM: _____ FONE: _____</p> <p>END.: _____</p> <p>ASSINATURA: _____</p>	<p>2. SEGUNDO EXAME</p> <p>DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p> <p>NOME DO MÉDICO: _____</p> <p>CRM: _____ FONE: _____</p> <p>END.: _____</p> <p>ASSINATURA: _____</p>
--	---

D. EXAME COMPLEMENTAR – Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral	2. Cintilografia Radioisotópica	3. Doppler Transcraniano	4. Monitorização da Pressão Intracraniana	5. Tomografia Computadorizada com Xenônio
6. Tomografia por Emissão de Foton Único	7. EEG	8. Tomografia por Emissão de Positrões	9. Extração Cerebral de Oxigênio	10. Outros (citar)

Figura 6: Termo de Declaração de Morte Encefálica fornecido pela SESAB

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS.



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA



COORDENAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTE - COSET
Central de Notificação Captação Distribuição de Órgãos – CNCDO's

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDO

Pelo presente Termo de Autorização, eu _____

(nacionalidade) (estado civil) (profissão) (RG)

residente na Rua _____
(bairro)

_____ do Sr.(a) _____
(cidade) (Estado) (parentesco) (nome do doador)

Residente à Rua _____

_____, internado no
(bairro) (cidade) (CEP) (Estado)

Hospital _____, tendo sido constatada sua morte às

____ horas do dia ____ / ____ / ____, após exames clínicos e complementares por equipe

médica especializada, **Autorizo** de minha livre e espontânea vontade a remoção

dos órgão (_____) e tecidos(_____)

que será(ão), posteriormente transplantado(s) em outra(s) com a finalidade

terapêutica, nos termos da lei 9434 de 04 de Fevereiro de 1997, regulamentada

pelo Decreto nº. 2268 de 30 de Junho de 1997.

(assinatura)

1ª Testemunha

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Ass: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Ass: _____

Salvador, ____ de ____ de ____

Central de Notificação Captação Distribuição de Órgãos – CNCDO'S
Tel. (71) 3356-6776 / 0800 284 0444

Devido à complexidade do procedimento e a necessidade de uma regulamentação é que foi implantado sistemas para um maior controle, esse período de transição da informalidade para a implementação está em um processo contínuo de construção, onde o gerenciamento é feito pelo aperfeiçoamento e através da resolução das dificuldades encontradas, agregando assim novas normas e controles do sistema.

2.2 Aspectos éticos

A doação de órgãos está associada a uma série de fatores jurídicos, médicos e éticos que podem ser empecilhos para a captação de órgãos e o transplante, principalmente quando se trata de uma remoção *post mortem*, que a decisão de doação fica a critério dos familiares, no caso de transplante *inter vivos* os questionamentos éticos existem, mas em menor proporção, pois o doador é que manifesta a sua decisão e tem autonomia para acompanhar todas as etapas do processo, contudo questões de ordem ética permeiam quando se trata de transplante.⁴⁷

Questionamentos como, quem pode autorizar a remoção dos órgãos? Como é constatada a morte encefálica? Qual o momento certo para a captação dos órgãos? Dentre muitas outras dúvidas, gerando incertezas aos familiares que buscam um conforto e explicações do sistema, desta forma cabe ao mesmo impor limites e garantir a sociedade que os procedimentos sejam respaldos na ética e no respeito pelo ser humano.

“Em outros termos, há uma preocupação, há uma preocupante lacuna entre o avanço da ciência, de um lado, e a reflexão sobre o permitido e o conveniente, de outro. *Bioética é a tentativa de imprimir responsabilidade às ciências que se ocupam com a vida, bem como às tecnologias correspondentes.*”⁴⁸

Para Cardoso⁴⁹, a bioética incide em estudar de forma sistêmica as ações humanas relacionadas à vida e a saúde, sendo avaliadas e embasadas nos valores éticos e nos princípios morais.

⁴⁷ CARDOSO, Alaércio. *Transplantes: Aspectos éticos, legais e religiosos*. Disponível em <<http://www.alaerciocardoso.adv.br/doutrina/141/>> Acesso: 10 de agosto de 2012.

⁴⁸ BRAKEMEIER, Gottfried. *O ser humano em busca de identidade: contribuições para uma antropologia teológica*. São Leopoldo: Sinodal: São Paulo: Paulus, 220 p. 2001, p. 129.

⁴⁹ CARDOSO, 2012 apud JUNGES, 1999, p.15.

Os aspectos e questionamentos de ordem ética em relação ao transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano não estão ligados apenas ao ato cirúrgico em si, mas em outras exterioridades que abordam este ato, como fatores sociais e pessoais, relacionados ao consentimento da família ou até mesmo do doador, a determinação da morte encefálica, e demais problemas como a comercialização de órgãos. No XVIII Congresso Internacional de Transplantes, em Roma no dia 29 de agosto de 2000, o Papa João Paulo II destacou que “todo transplante de órgão origina-se de uma decisão de grande valor ético”.⁵⁰

A morte encefálica e sua constatação não estão ligadas apenas ao aspecto médico, mas abrange a história e a cultura de toda sociedade, enfatizando que o ser humano não deve ser considerado apenas como um organismo biológico, nem apenas como espírito, mas através de uma interligação de ambos. A definição de morte perpassa por conceitos e aceitação popular, demonstrando a resistência diante da doação de órgãos de um familiar morto.⁵¹

“A principal dificuldade na aceitação do conceito de morte encefálica é sua relação com questões éticas e culturais. A questão ética questiona o conceito de morte encefálica, porque ele serve direta e unicamente ao transplante de órgãos. É somente após a constatação de morte encefálica passa a ser compreendida como um conceito utilitarista, pois se relaciona com a retirada de órgãos”.⁵²

A necessidade do consentimento é outro aspecto que deve ser ressaltado pelos profissionais envolvidos no processo de remoção e transplante de órgãos e tecidos, validando o procedimento e respaldando os profissionais. Conforme Capítulo VI – Doação e transplante de órgãos e tecidos do Código de Ética Médica, é vedado ao médico:

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

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

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

⁵⁰ CARDOSO, 2012.

⁵¹ HOCH, Lothar Carlos. WONDRACEK, Karin H.K. *Bioética: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida – esperanças e temores*. São Leopoldo: Sinodal; EST; FAPERGS, 232 p. 2006, p. 91.

⁵² HOCH e WONDRACEK, 2006, p.98.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.⁵³

O consentimento está associado à vontade que é exposta de forma definitiva e esta ligada ao desejo de outro e a autorização que afirma o acordo e as obrigações ligadas ao ato jurídico e a ética.⁵⁴ No XVIII Congresso Internacional de Transplantes, realizado em Roma, na mensagem passada aos ouvintes, o Papa João Paulo II ressaltou a importância do consentimento e o seu valor ético:

“[...] Esse primeiro ponto traz uma consequência imediata de grande significado ético: a necessidade do consentimento informado. A ‘autenticidade’ humana de gesto tão decisivo requer que os indivíduos estejam adequadamente informados sobre os processos envolvidos, para que possam exprimir seu consentimento ou negar de um modo livre e consciente. O consentimento de familiares tem sua própria validade ética na ausência de uma decisão por parte do doador. Naturalmente que um consentimento análogo deve ser fornecido pelos receptores de órgãos doados”.⁵⁵

Outro questionamento de ordem ética está associado à comercialização de órgãos, a Constituição Federal proíbe esta prática:

Artigo 199 § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Existem princípios que definem o corpo humano como um bem que não pode ser comercializado e conseqüentemente não está exposto no mercado, são valores adotados por muitas sociedades, porém o comércio ilegal de órgãos não deixa de existir, é real e está cada vez mais presente na sociedade.

A prática de comercialização de órgãos aumenta a cada dia no chamado “mercado negro”, até anúncios são colocados em jornais com ofertas e vendas de órgãos, a busca pelo lucro fazem com que os hospitais e profissionais deixem a ética e o compromisso com a população esquecidos, recordando que no Brasil essa prática de comercialização é vedada pela Constituição Federal e pela legislação. As causas desta prática ilegal estão ligadas ao desfavorecimento social de uma grande

⁵³ CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 98p. 2010, p. 53.

⁵⁴ CARDOSO, Alaércio. *Transplantes: Aspectos éticos, legais e religiosos*. Disponível em <<http://www.alaerciocardoso.adv.br/doutrina/141/>> Acesso: 10 de agosto de 2012, apud DE PLÁCIDO E SILVA, 1984, p. 520.

⁵⁵ CARDOSO, 2012.

arte da população, a oferta de órgãos que é sempre menor do que as necessidades e a ambição de profissionais descompromissados.⁵⁶

A comercialização de órgãos humanos denota a completa ausência de padrões mínimos de conduta ético-jurídica exigida pela lei aos profissionais de saúde aos doadores e suas famílias, pois atenta contra a dignidade da pessoa humana. Tal prática deve ser rechaçada e reprimida, pois provoca consequências desastrosas, na medida em que desestimula as doações altruístas efetivadas por sentimento de solidariedade, princípio ético que deve prevalecer em matéria de transplante.⁵⁷

Foi instituído pela Lei de Transplante o critério da lista única, onde são criados critérios para a realização do transplante, pois são levadas em consideração a compatibilidade do receptor com o doador e muitas vezes não se coincide com a ordem pelo tempo de espera na fila. É no princípio da solidariedade que devem ser realizadas as campanhas para incentivo a doação de órgãos, pois qualquer tipo de comercialização e benefício financeiro atinge a ética e a moral de toda a sociedade.

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.⁵⁸

O resguardo da integridade humana depende do relacionamento ético com o contexto, que não é substituído pelos deveres e pelos direitos formulados pela lei, pois a lei não traz a consciência ética. Diante do pluralismo de normas e percepções a sociedade está submetida a um processo de aprendizagem constante buscando a consciência das necessidades e um fundamento ético comum.

2.3 Aspectos Religiosos

A ciência está ligada a explicação e ampliação de conhecimentos sobre fenômenos e a fé está relacionada a valores e sentidos dos acontecimentos, no

⁵⁶ CARDOSO, 2012.

⁵⁷ CARDOSO, 2012.

⁵⁸ LEI Nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Brasília, 1997.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm> Acesso: Junho de 2012.

entanto ambas devem estar associadas principalmente na abordagem de assuntos que envolvam a bioética. A evolução científica nem sempre foi bem recebida pela religião, principalmente no que tange assuntos da área de saúde, como clonagem e pesquisas com embriões humanos, sendo esse conflito considerado antigo uma vez que muitos cientistas não acreditam em Deus.⁵⁹

Numa entrevista no Instituto Metodista de Ensino Superior, o pesquisador do INPE, Mário Eugênio Saturno fala que o papa, desde 1988, busca abordar em encontros com cientistas e religiosos questões que envolvam ciência e religião, afirma ainda que as veracidades dos acontecimentos, principalmente os científicos, não são exclusivos da religião, e cada um com a sua devida importância ocupa o espaço que lhe é devido. Ainda no mesmo sentido ele coloca que “o campo da religião é o da moral e ética. Tem na fé um propósito para a vida humana. Se não houver uma ética regendo os cientistas, viveremos um caos”. Os valores humanos devem ser analisados pela sociedade e pela igreja, sendo expostos para que cada seguidor trace sua escolha, enfatizando com veracidade que a ética e a verdade não são exclusivas da igreja e nem da ciência.⁶⁰

“[...] a questão somente pode ser pacificada a partir do momento em que a religião passar a se preocupar mais com o mundo espiritual do que com o mundo natural, enquanto que a ciência deve se preocupar mais com os questionamentos e as investigações do mundo natural, respeitando, a ciência e a religião, os espaços que lhes são reservados...”⁶¹

A antropologia está na raiz da ética, proporcionando um conhecimento do ser humano e do que lhe é devido, a biotecnologia deve estar pautada em princípios que condizem com a natureza humana, excluindo tratamentos desumanos, proporcionando uma oposição a situações que possam ferir o respeito e a dignidade do ser humano.

A atualidade traz conflitos bioéticos do acirrado confronto entre a religião e a ciência, ambos com formas argumentativas e valores particulares. A comercialização das descobertas como propostas de melhorias de vida para a sociedade e os descobrimentos tecnológicos, levam para o caminho da pretensão ao lucro financeiro, pois se investe muito para pesquisas com o intuito de ampliar os

⁵⁹ CARDOSO, 2012.

⁶⁰ CARDOSO, Alaércio. *Transplantes: Aspectos éticos, legais e religiosos*. Disponível em: <<http://www.alaerciocardoso.adv.br/doutrina/141/>> Acesso: 10 de agosto de 2012, apud SATURNO, 2005.

⁶¹ CARDOSO, Alaércio. *Transplantes: Aspectos éticos, legais e religiosos*. Disponível em <<http://www.alaerciocardoso.adv.br/doutrina/141/>> Acesso: 10 de agosto de 2012, apud GLEISER, 1997, p. 39-40.

conhecimentos e principalmente multiplicar o investimento, as leis do mercado e a valorização do lucro implicam em consequências desumanas.⁶² Para Brakemeier:

A teleologia, por si só, resulta num utilitarismo que, no fundo, privilegia grupos ou classes sociais. Por isto, o argumento deontológico é imprescindível para resguardar a qualidade humana do afã científico. Inversamente, porém, seria estúpido negar a legitimidade da busca de resultados na tecnologia. Novamente o assunto não se resolve mediante simples alternativas, e, sim, mediante a devida correlação dos aspectos, ou seja, do proveito e da dignidade humana.

Os conhecimentos científicos não podem se desvencilhar das afirmações de fé, devem estar articulados em busca de esclarecimento e conforto para a sociedade. Numa reflexão teológica sobre a morte, verifica-se que somente a justificativa biológica não esclarece o acontecimento, pois existem muitas crenças diante deste fato que vem dos séculos passados envolvendo culturas, mistérios, fé e ciências.⁶³ “(...) no nosso caso da fé cristã. Ela coloca a morte sobre a perspectiva de “Deus”, ou seja, numa perspectiva “teológica”. Isto não elimina a morte, mas lhe dá outro rosto, muda comportamentos, desenvolve força libertadora”.⁶⁴

O ser humano passa pelo maior enfrentamento no momento da morte que gera uma intensa crise, provocando reações diversas em relação ao fato, a “naturalidade” da morte é defendida pela fé cristã, que enfatiza ser mais do que um acontecimento biológico, quando é considerada uma desapropriação é sentida como um roubo e uma injustiça, no entanto a mistura do sentimento de dor e confiança existe quando a morte é vista como uma devolução. *“É na aprendizagem dessa devolução que consiste a tarefa do ser humano”*.⁶⁵

“A resistência à morte não deve impossibilitar a devolução, assim como a submissão não deve conformar-se com o império de violência e destruição. O mundo sucumbe em razão de um pavoroso déficit de esperança. A igreja tem a tarefa de amenizar ou até superar esse déficit mediante a mensagem que lhe foi confiada e que tem a Páscoa por conteúdo”.⁶⁶

As religiões são apoiadas em princípios de solidariedade, altruísmo e amor ao próximo, com base nesses valores são aceitos os transplante de órgãos, tecidos ou

⁶² BRAKEMEIER, 2001, p.149-150.

⁶³ BRAKEMEIER, 2001, p.174.

⁶⁴ BRAKEMEIER, 2001, p.174.

⁶⁵ BRAKEMEIER, 2001, p.176.

⁶⁶ BRAKEMEIER, 2001, p.190.

partes do corpo humano, para fins de tratamento, buscando afastar obstáculos como a comercialização e vantagens econômicas, seguindo pelos preceitos éticos e morais, no entanto as decisões quanto a doação fica a critério dos seguidores se serão doadores ou não.

Várias religiões compõem a sociedade brasileira, as crenças religiosas buscam apoiar a doação de órgãos, no entanto a população ainda refere aos aspectos culturais e religiosos como impedimento no processo. Um dos países mais desenvolvidos economicamente e na educação é o Japão, no entanto a porcentagem maior de transplante de órgãos acontece intervivos, em consequência a falta de confiança da população na equipe médica, aos aspectos culturais e religiosos, provocando a carência de doadores cadáveres. Na França o que predomina é a falta de informação, desconfiança nos profissionais de saúde e aspectos religiosos.⁶⁷

O Papa João Paulo II na sua mensagem aos participantes do XVIII Congresso Internacional de Transplantes em Roma, demonstra na sua mensagem que a doação de órgãos é aceita pelo catolicismo:

Os transplantes são um grande avanço da ciência a serviço do homem e não são poucas aquelas pessoas que hoje devem suas vidas a um transplante de órgãos. A técnica de transplantes tem se afirmado progressivamente como um instrumento válido para atingir o principal objetivo de toda a Medicina – servir a vida humana. Por essa razão, em minha Carta Encíclica *Evangeliumm Vitae*, sugeri que um modo de nutrir a genuína cultura da vida “é a doação de órgãos, realizada de um modo eticamente correto, com uma perspectiva de proporcionar a recuperação da saúde, e até mesmo da vida, a doentes que algumas vezes não têm outra esperança”.⁶⁸

O islamismo dá destaque à salvação de vidas, é considerada uma religião da misericórdia, então aceita os transplantes, o presidente da Assembleia Mundial da Juventude Islâmica da América Latina, Sheik Aly Abdoune, declara que “a religião islâmica aceita e incentiva a doação de órgãos, após a morte do indivíduo, desde que haja permissão do doador e da família e que a doação não ocorra por comércio”.⁶⁹

Na religião judaica e no hinduísmo, são apoiados os transplantes de órgãos, no hinduísmo “uma pessoa se torna boa por atos bondosos e má por atos

⁶⁷ COELHO, Julio Cezar Uili et al. *Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos*. Revista da Associação de Medicina Brasileira. São Paulo, vol.53, n.5, p. 421-425, 2007. p.424.

⁶⁸ CARDOSO, 2012.

⁶⁹ CARDOSO, 2012.

malévolos”, no judaísmo a morte deve ser determinada conforme as leis judaicas e assim é autorizada a remoção dos órgãos, “nada mais judaico que salvar uma vida, dando aquilo que não mais nos serve àqueles que darão continuidade a sua existência”, enfatizando que a decisão da família deve ser priorizada e respeitada, ainda existe uma exigência , que “é permitida desde que o receptor os receba imediatamente e seja conhecida a sua identidade. Isso porque, doando-se os órgãos a um banco de órgãos, teme-se que os mesmos não sejam aproveitados”.⁷⁰

A diversidade de doutrinas religiosas e as crenças não são maiores obstáculos para os transplantes, demonstrando que as religiões não proíbem a doação de órgãos e buscam acompanhar os avanços tecnológicos e na medicina, sendo a doação um ato ligado ao espiritual, no sentido de proporcionar para alguém a continuidade da vida, através de princípios como o da solidariedade e do amor ao próximo, como um dos mandamentos sagrados, “amar ao próximo como a si mesmo”.

⁷⁰ CARDOSO, 2012.

3 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

3.1 Metodologia

Este trabalho é classificado como descritivo, conforme Gil⁷¹, pois tem como principal finalidade a descrição de determinado fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis, objetivando proporcionar maior familiaridade com o tema, a fim de torná-lo mais explícito. Teve como abordagem quantitativa, onde foi traduzido em números informações que foram classificadas e organizadas de acordo a pesquisa. Quanto aos procedimentos técnicos, este trabalho se caracteriza como documental, pois foram utilizados documentos que continham informações sobre as recusas dos familiares quanto à doação de órgãos de pacientes com Morte Encefálica, que serviram para consulta e deram suporte para a pesquisa.

Pautado nos princípios éticos beneficência, fidelidade, justiça, veracidade e autonomia de acordo com o Decreto 93.333 outorgado pelo Conselho Nacional de Saúde em 14 de Janeiro de 1997, Resolução 196/96 afirmo que houve total segurança na obtenção e utilização dos dados da pesquisa, resguardando o sigilo de dados pessoais.

A obtenção de dados aconteceu através da coleta de elementos em sessenta e seis (66) prontuários/formulários e relatórios de entrevista aos familiares de pacientes com Morte Encefálica, abordados pela Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT do Hospital Geral de Vitória da Conquista – HGVC, do qual foram utilizados para identificar razões que levam familiares a não autorizarem a doação de órgãos, verificando a partir da perspectiva da família o conhecimento sobre Morte Encefálica e verificando como os aspectos éticos e religiosos interferem no processo de doação.

O Hospital Geral de Vitória da Conquista, popularmente conhecido como Hospital de Base, foi inaugurado em 1994, é considerado referência no atendimento de urgência e emergência na região sudoeste e algumas cidades do norte de Minas Gerais. Vitória da Conquista possui uma população de mais de 300 mil habitantes e é pactuada pela Rede SUS com mais 80 municípios, o que significa um número de mais de 2 milhões de pessoas que dependem diretamente da unidade, para

⁷¹ GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas S.A, 2007.

procedimentos das mais variadas especialidades. É classificado TIPO 4, conforme parâmetro da Secretaria Estadual da Saúde, se qualificando como hospital de urgência e emergência, com nível de atenção em média e alta complexidade.⁷²

A Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT começou a funcionar em 2007 com a organização burocrática, reuniões com médicos, e somente em outubro aconteceu a primeira doação de múltiplos órgãos (doação de coração, rins, fígado e córneas (tecidos)). A CIHDOTT quando solicitada realiza entrevista familiar diante do fechamento de protocolo de Morte Encefálica (ME) em outras Unidades Hospitalares de Vitória da Conquista para viabilizar de forma tranquila a captação de órgãos que irá beneficiar pessoas que aguardam na fila de transplante do Estado da Bahia. A equipe de Captação é de Salvador que está prontamente a atender o Hospital de Base quando solicitada e esse transporte é realizado via aérea para agilizar todo o processo.

3.2 Interpretação da pesquisa: Percepção dos familiares de possíveis doadores e impedimentos para a doação

A recusa para doação de órgãos e tecidos dos familiares de potenciais doadores são indicativos importantes relatados em pesquisas, pois dificulta o crescimento de doações e, conseqüentemente, o número de transplantes. Os relatos das principais causas de impedimento circundam em relação ao déficit de conhecimento sobre o tema, sobre morte encefálica, o desconhecimento da vontade do doador, problemas com a integridade do corpo após extração dos órgãos, medo de comercialização, grau de satisfação com o atendimento prestado pela instituição, parte burocrática, falta de consenso familiar, demora na liberação do corpo e a religiosidade, é um assunto pouco dialogado entre as famílias ainda existe uma restrição em comentar e ouvir opiniões sobre o mesmo.⁷³

Nesta pesquisa foram analisados 66 prontuários de prováveis doadores (pacientes com Morte encefálica), sendo 36 prontuários do ano de 2010 e 30

⁷² Blog do HGVC. Disponível em :<http://www.saude.ba.gov.br/hgvc/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=73>. Acesso: 20 março 2013.

⁷³ DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. *Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. Texto e contexto - enfermagem*. Florianópolis, vol.19, n.4, p. 728-735, 2010. p.729.

prontuários do ano de 2011. No entanto dos 66 prováveis doadores, foram doados os órgãos de apenas 16 pacientes, os demais prováveis doadores (50 pacientes) não aconteceram as doações, houve recusa por parte da família por diversas causas, que serão demonstradas nos gráficos.

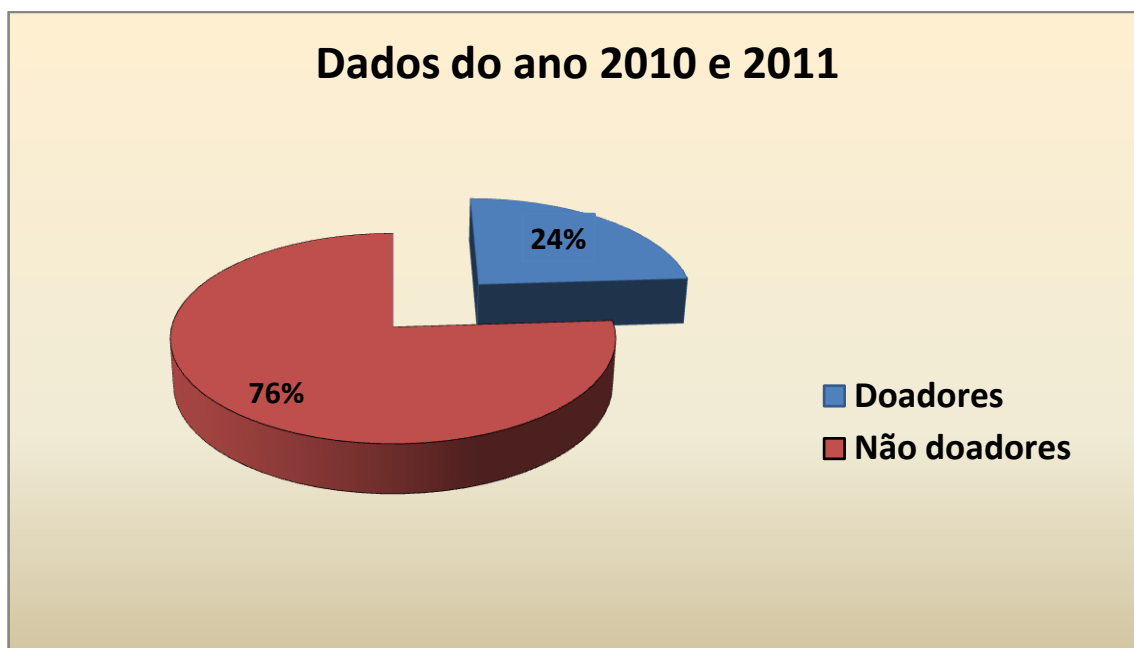


Gráfico 1: Percentual de pacientes que doaram os órgãos e dos que não doaram por recusa familiar e outras causas no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista - Ba.

O consentimento informado e esclarecido é definido como forma de exposição do desejo à doação de órgãos. No Brasil quando não evidente a vontade do doador é necessário o consentimento familiar para a doação de órgãos e tecidos serem concretizadas, conforme artigo 4º da Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001:

A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

A autorização deve acontecer por parte do cônjuge ou algum outro parente de maior idade, deve constar testemunhas e ser documentada a autorização da retirada de tecidos e órgãos para transplantes e intuito terapêutico. Uma das justificativas mais dadas pelas famílias para a não autorização à doação de órgãos é o

desconhecimento da vontade do potencial doador, sendo a recusa da família um fator limitante na disponibilidade de órgãos para doação.⁷⁴

A doação de órgãos é um processo delicado que envolve diversas etapas, onde a família tem que tomar decisões concisas no momento de abalo emocional. Começa pelo impacto da tragédia, onde recebem a notícia do internamento do familiar, da gravidade e do prognóstico. “O desconhecimento dos detalhes dos momentos que antecederam a tragédia ou do que causou o agravamento do quadro clínico faz com que a família se perceba sem recursos [...] e passa a viver a experiência tendo um vazio na história da tragédia”.⁷⁵

Quando a família considera a possibilidade da doação de órgãos automaticamente considera-se que os mesmos reconhecem que o quadro é irreversível e que o paciente respira com ajuda de aparelhos. Após as informações da “morte” do paciente a família analisa a doação de órgãos como um objetivo social e de aspecto moral, que está ligado ao salvamento de vidas de outras pessoas, ao mesmo tempo se sentem mais confortáveis em ajudar outras pessoas e, conseqüentemente, aliviando o sofrimento do processo de luto, e é esse processo que ampara os familiares e que dá o significado à vida e à morte.⁷⁶

A notícia do óbito deve ser assimilada e sentida, dando tempo aos familiares de estabelecer e concretizar essa nova realidade, pois em todos os instantes tudo é incerteza para eles, mesmo com prognóstico ruim e diagnóstico da gravidade ainda esperam e confiam em todas as condições possíveis de vida se agarrando a qualquer detalhe. Estudos comprovam que muitas famílias não permitem a doação de órgãos porque foram abordadas em um momento denominado precoce, pois ainda estão se adaptando à nova realidade da ausência de um ente querido.⁷⁷

3.2.1 Falta de informações x Humanização

Dos familiares de pacientes com morte encefálica abordados no ano de 2010 e 2011 para uma provável doação de órgãos, 23 famílias, ou seja, 46% recusaram doar os órgãos do familiar com ME, alegando que não tiveram informações sobre o

⁷⁴ DALBEM, 2010, p. 733.

⁷⁵ BOUSSO, Regina Szylił. *O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva*. Texto e contexto-enfermagem. Florianópolis, vol.17, n.1, p. 45-54, 2008. p.49.

⁷⁶ BOUSSO, 2008. p. 50.

⁷⁷ BOUSSO, 2008. p. 52.

que estava acontecendo, que houve pouco diálogo dos profissionais com a família e que principalmente o atendimento inicial na emergência não teve humanização.

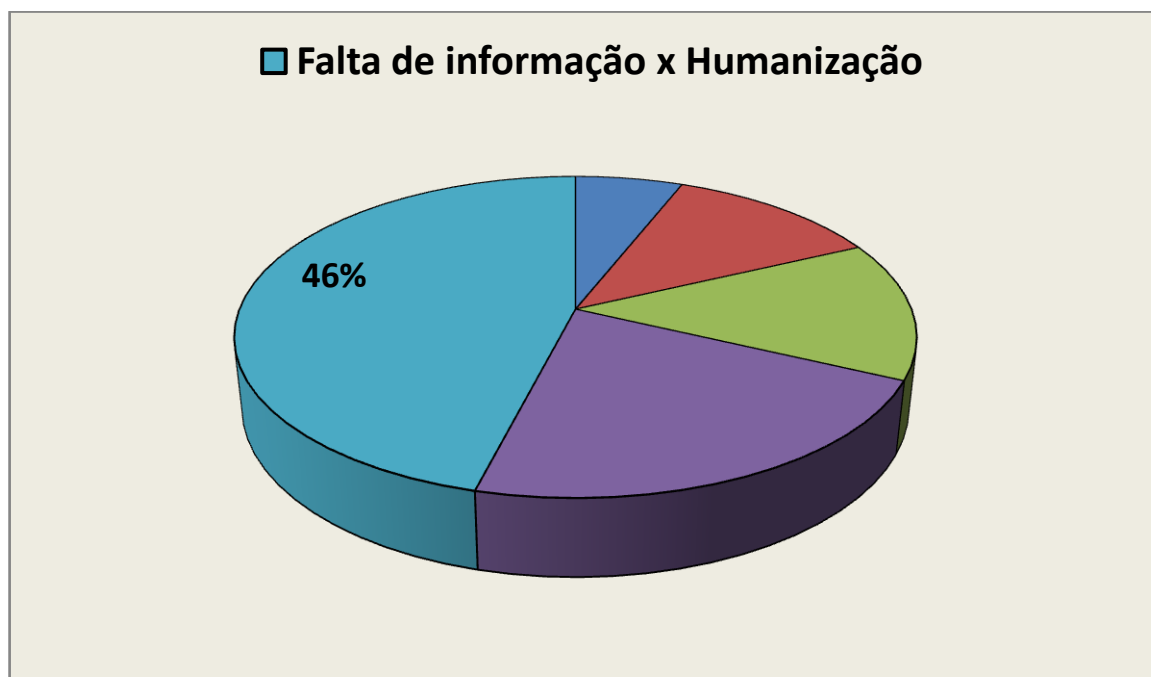


Gráfico 2: Percentual de famílias que recusaram a doação dos órgãos por falta de informações e humanização no atendimento inicial, abordadas no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista – BA.

A família está inserida em uma profunda dificuldade emocional, confusa com uma decisão a ser tomada principalmente quando o paciente não deixa claro sua opinião quando a doação de órgãos. Conforme Dalben⁷⁸ foi verificado em uma pesquisa que das famílias abordadas, 15,7% recusaram doação, sendo 48,6% pelo desconhecimento do desejo do potencial doador.

Então a relação com a equipe de saúde passa a ser primordial e considerada como referência para aquelas pessoas que passam pelo momento estressante, sendo de grande importância para o processo desde o atendimento inicial até o momento da abordagem para a doação de órgãos, tendo a necessidade de envolver profissionais capacitados e qualificados. “De fato, constatou-se que a atenção às relações pessoais e a empatia distribuída aos parentes favorecem a doação, enquanto apenas um instante de exasperação por parte de um dos membros da equipe médica pode arruinar todo o esforço”.⁷⁹

⁷⁸ DALBEN, 2010, p.732.

⁷⁹ STEINER, Philippe. *A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias*. Tempo Social. São Paulo, vol. 16, n.2, p. 102-128, 2004. p. 105 apud CARVAIS e SASPORTES, 2000, p. 317.

Para Steiner⁸⁰, a doação de órgão é um tópico que pouco se aborda no ambiente familiar, tornando a decisão da família mais difícil, já que a mesma tem a obrigação de decidir pelo seu familiar que nunca expos sua opinião sobre o assunto, e em um momento de dúvidas onde o falecimento está sendo considerado incerto, pois “o coração continua batendo” e o paciente continua respirando, mesmo que seja com auxílio de aparelhos, a noção de morte encefálica é mal interpretada por grande parte da população, tudo isso gera a recusa da família em doar os órgãos do familiar, e assim contribuindo para a diferença da quantidade de órgãos doados para a real necessidade das listas de espera.

A insegurança e a angústia dos familiares em relação à permissão da doação de órgãos refletem no desconhecimento e na falta de compreensão sobre Morte Encefálica, o que gera insegurança em relação à possibilidade do doador está vivo e além disso a responsabilidade da convivência da decisão da doação. O coração batendo e outros indicativos de que a pessoa possa estar viva, mesmo com o diagnóstico comprovado pelos profissionais, sendo associado à falta de conhecimento, a situação vivenciada e a esperança na recuperação do paciente, confundem ainda mais os familiares, dificultando a compreensão sobre a morte encefálica, influenciando na tomada de decisão das famílias, devido “[...] o medo e a desconfiança de erro no diagnóstico de ME e a sensação de *assinar a morte* do familiar [...]” fortalecendo a recusa para à doação de órgãos.⁸¹

Outras imprecisões como o desconhecimento dos receptores dos órgãos e o destino que os órgãos irão tomar, geram incertezas e influenciam também no momento da decisão para a doação dos órgãos, sendo considerado um fator que gera decepção nos familiares, em não poder conhecer a identidade da pessoa que passará a viver com um órgão de um ente querido.⁸²

Cinque⁸³ expõe dados de uma pesquisa onde foram identificados os obstáculos encontrados pelos familiares no processo de doação: “5 (31,25%) familiares mostraram-se insatisfeitos com o atendimento prestado à família e ao doador, 10 (62,50%) receberam a notícia da ME de forma intranquila, 3 (18,75%) informaram o medo e a desconfiança de erro no diagnóstico da ME e a sensação de *assinar a morte* do familiar”. Em outro trabalho realizado em hospitais dos Estados

⁸⁰ STEINER, 2044, p. 105.

⁸¹ CINQUE, 2010. p.1000.

⁸² CINQUE, 2010, p.1000.

⁸³ CINQUE, 2010, p.999.

Unidos com o intuito de identificar e verificar quais fatores estavam associados a decisão da família pela doação de órgãos, observou-se que as queixas principais estavam ligadas ao atendimento, que quando considerado insatisfatório, a tendência para a doação era menor, assim como as famílias que eram abordadas precocemente ou se sentiam obrigadas a uma decisão rápida, em consequência a recusa pela doação de órgãos era maior.

A família é acometida em um momento em que está com medo e preocupada com a situação, extenuada pelo sofrimento e pelo estado crítico do paciente, independente da causa da provável morte encefálica do familiar, neste instante de turbilhão de sensações torna-se inviabilizada a reflexão e compreensão de informações recebidas, sendo um grande desafio da equipe em identificar a hora e a forma adequada de abordagem da família.⁸⁴

O paciente grave necessita de tratamentos intensivos que exige muito tempo e dedicação da equipe na assistência impedindo um maior contato dos profissionais com os familiares, devido a demanda de pacientes e até mesmo a sobrecarga. No entanto a família faz parte do processo e passa a ser complemento daquele paciente, sendo importante um planejamento que inclua o tempo de contato com os familiares de pacientes internados, não somente nas Unidades de Terapia Intensiva, mas do tratamento inicial até o último momento a família deve estar bem aparada.

“A família avalia o atendimento prestado ao paciente, durante a internação como satisfatório, quando observa que a assistência é adequada e que os profissionais estão empenhados no seu tratamento”⁸⁵. Cinque⁸⁶ ainda afirma que na pesquisa desenvolvida ficou bem evidenciado o descontentamento da família em relação à desatenção e ao tipo de assistência prestada ao paciente, situações que originam a contrariedade e a aversão dos familiares, sendo justificativas nas respostas desfavoráveis a doação de órgãos.

O reconhecimento do sofrimento e o acolhimento da família efetivado por parte dos profissionais de saúde que demonstram consternação e sensibilidade frente à ocasião é evidenciado como um ponto primordial para essas pessoas que estão vivenciando uma situação de aflição e buscam apoio no profissional, constituindo assim um vínculo de confiança e interações produtivas para os

⁸⁴ BOUSSO, 2008, p.49.

⁸⁵ CINQUE, 2010, p.1000.

⁸⁶ CINQUE, 2010, p.1000.

familiares, que diminuem as inseguranças e incertezas, conseqüentemente, proporcionando credibilidade para a equipe de saúde.⁸⁷

As técnicas científicas e a assistência prestada aos pacientes que necessitam de acompanhamento intensivo são de grande importância, no entanto a família também tem a sua necessidade de atendimento, visto que vivencia um momento de impacto e mudança da rotina, o cuidado de enfermagem associado ao atendimento psicológico e suporte social, contribuem para a formação de vínculos e dão suporte para a família na ocasião de estresse. “O suporte social é fundamental para a manutenção da saúde física e mental, podendo facilitar o enfrentamento de eventos estressantes e permitir efeitos benéficos a quem está vivenciando uma situação de estresse”.⁸⁸

O sucesso do processo de doação está diretamente associado à família, por isso a importância do conhecimento da população sobre doação, transplante de órgãos e uma assistência completa e adequada para todos envolvidos no procedimento.

3.2.2 Aspectos religiosos e Mitos

A morte é circundada de conceitos culturais, científicos e filosóficos que configuram desde as antiguidades, já a morte encefálica e a doação de órgãos são práticas consideradas modernas que distorcem valores implantados e enraizados.⁸⁹ As crenças, superstições, conhecimentos desvirtuados sobre morte encefálica e doação de órgãos ligados a fatores religiosos contribuem para o menor volume de captação de órgãos.

Os conflitos podem acontecer em decorrência da forma que é reconhecida e respeitada a crença e o conhecimento histórico familiar, além da divergência da equipe de saúde e até mesmo o desacordo entre os próprios membros da família, onde revelam suas crenças e convicções sobre a doença, a morte e a doação de órgãos, levando em consideração o momento de decisão criterioso e de sofrimento que é definir o final da vida de um familiar, pois estes valores e crenças tem

⁸⁷ BOUSSO, 2008, p.49.

⁸⁸ BOUSSO, 2008, p.52, apud GRIEP RH, et al, 2005, p.14.

⁸⁹ BOUSSO, 2008, p.52, apud VARGAS MA, RAMOS FRS. 2006, p.45.

implicações no momento da decisão e muitas vezes não são expostas no âmbito familiar.⁹⁰

Das 50 famílias que recusaram a doar os órgãos do familiar com Morte encefálica, abordados no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista, 11 famílias, ou seja, 22% resignaram devido à aspectos religiosos e mitos que envolvem também a religião, sendo a segunda justificativa mais encontrada como motivo de recusa à doação.

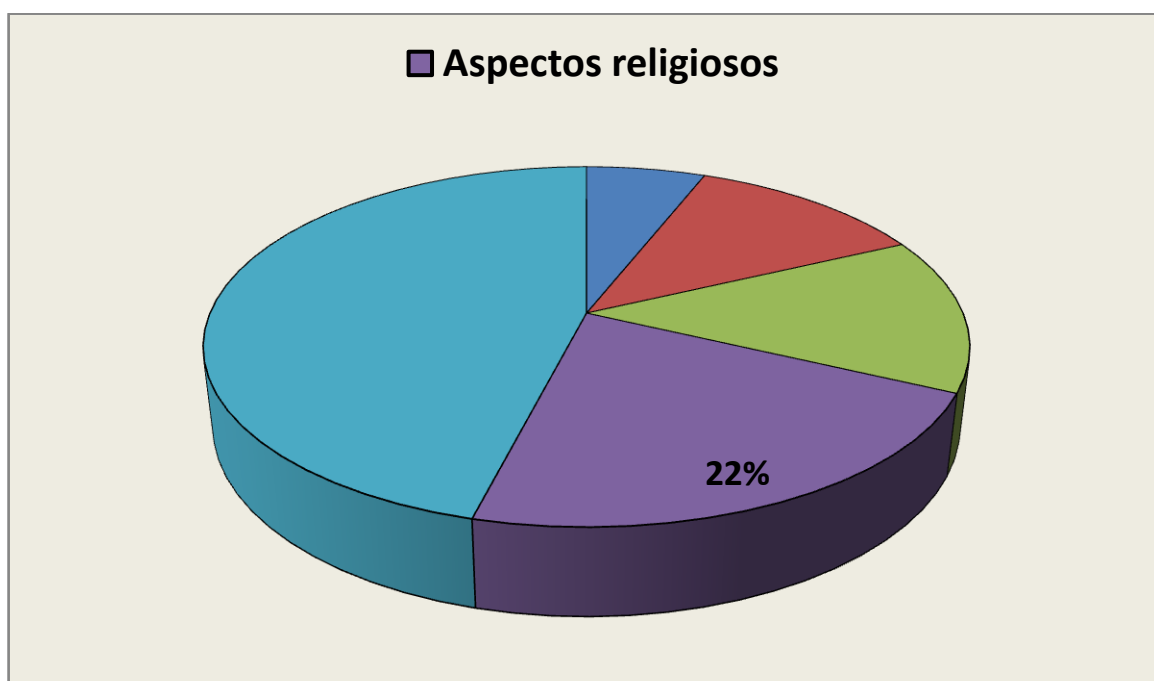


Gráfico 3: Percentual de famílias que recusaram a doação dos órgãos do familiar por aspectos religiosos, abordadas no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista – BA.

Foi verificado em outra pesquisa que a não autorização estava ligada ao desejo do familiar de manter o corpo íntegro do paciente sendo maior o percentual do que o da recusa por questões religiosas.⁹¹ Enfatizando que à religião é sobreposta por aspectos culturais e de apego ao corpo, onde é confundida e usada como respaldo para a negação, pois a maioria das religiões apoia a doação de órgãos.

⁹⁰ BOUSSO, 2008, p.51.

⁹¹ DALBEM, 2010, p. 733.

3.2.3 Não indicativo para doação

Além da recusa familiar existem outros fatores que são negativos e contraindicam a doação dos órgãos, como paciente portador de algum tipo de câncer e alterações nos exames. Dos 50 prováveis doadores que surgiram no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista – BA, 6 (12%) eram portadores de algum tipo de câncer, não sendo favorável para a doação de órgãos.



Gráfico 4: Percentual que caracterizam outras causas que impediram a doação de órgãos, dados coletados no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista – BA.

Bendassoli⁹² expõe as principais razões além das que já foram citadas, quanto a não doação de órgãos, em uma pesquisa que foi realizada no âmbito acadêmico, as razões estão ligadas a bioética e as críticas ao sistema de saúde brasileiro e à lei dos transplantes. Dos entrevistados que informaram que não eram doadores, justificaram a recusa em decorrência das notícias negativas divulgadas pela imprensa que passam uma imagem pessimista quanto a doação, devido ao comércio de órgãos, de morte “premeditada” para retirada dos órgãos e a falta de ética para lhe dar com o assunto, o mais enfatizado e sendo caracterizado como a principal razão da recusa é a lei de transplante, “os não doadores não concordaram com o fato de todo brasileiro ser um doador “compulsório” de seus órgãos” , para os

⁹² BENDASSOLLI, 2001.

entrevistados foi implantado um sistema sem expor e ouvir as opiniões pública através de um debate.⁹³

3.2.4 Insegurança

A insegurança permeia o tema e ronda todas as respostas negativas quanto a tomada de decisão para doação de órgão, vários são os receios para a determinação, o medo de decidir sozinho sem a presença de outros familiares, foi evidenciado em 7 famílias o que corresponde a 14% das justificativas diante da recusa à doação das famílias abordadas no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista – BA.

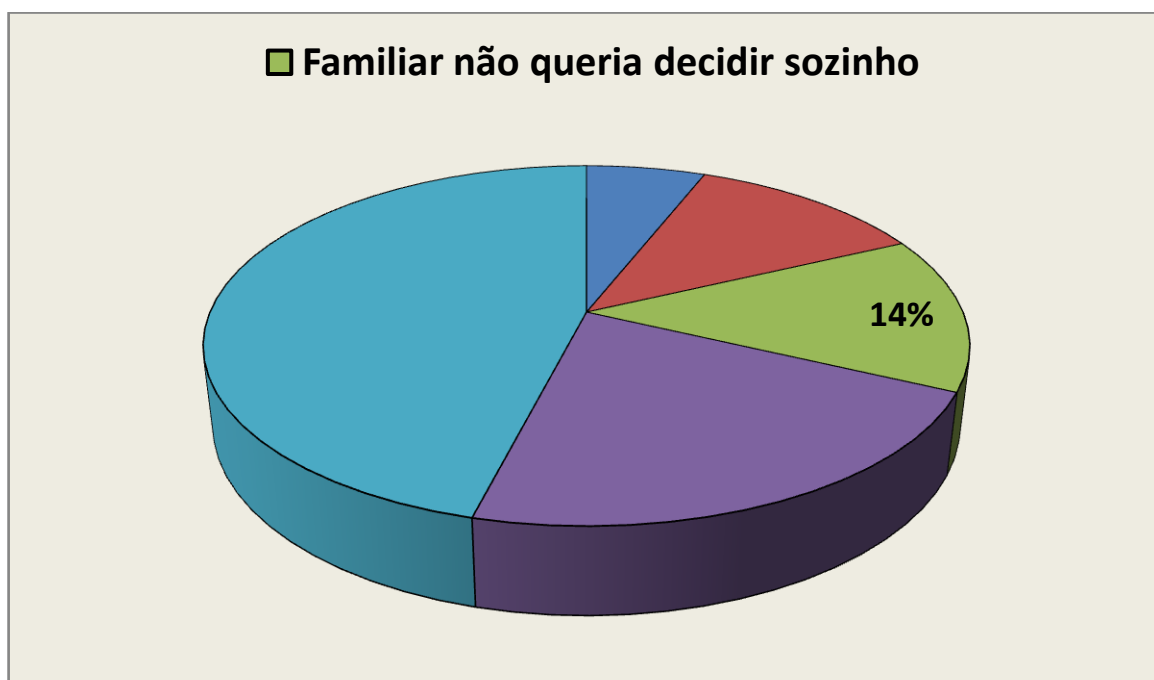


Gráfico 5: Percentual de famílias que recusaram doar os órgãos do familiar por insegurança de tomar a decisão sozinho sem o consentimento de outros familiares, dados coletados no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista – BA.

Outros fatores citados pelos familiares que geram insegurança estão atrelados a opiniões da morte e como é tratada nos dias de hoje nas diferentes culturas influenciando ao favorecimento da doação ou não, estudos relatam que o medo da morte está ligado diretamente as recusas, cursam de forma proporcional. A extirpação do órgão é vista como mutilação do corpo, também está ligada na

⁹³ BENDASSOLLI, 2001, p.239.

percepção dos familiares a um conceito contrário a vida, pois é como se tivessem “evocando” e autorizando a antecipação da morte do familiar.⁹⁴

No estudo de Coelho⁹⁵, evidenciou que para a maioria dos entrevistados existe a possibilidade de erro médico no diagnóstico da morte encefálica e que o paciente pode estar vivo quando determinado a sua morte, os familiares ressentem quanto a autorização para a doação de órgãos e a “antecipação” da morte para a extirpação do órgão.

O comércio de órgão e a mutilação do corpo são citados como motivos não favoráveis para a doação, ficando evidente a falta de confiança na equipe de saúde e no sistema que rege a captação e a distribuição dos órgãos. Conforme Coelho em sua pesquisa “a maioria dos entrevistados respondeu que os ricos tinham mais chances de serem transplantados do que os pobres, que existe venda de órgãos no Brasil [...]”.⁹⁶

A recusa e a não aceitação da morte fortalece a barreira e ressalta a negativa para a doação, a não autorização está ligada a estratégia familiar em rejeitar a realidade e não admitir a morte do ente querido, para a família é como se a mesma estivesse interferindo no percurso de vida natural, ligando o momento da captação de órgão à morte, somatizando assim às incertezas e as variações do quadro clínico do paciente que deixam a família saturada de emoções e experiências negativas.⁹⁷

Quando se trata de “doação” o processo para a aquisição do que foi doado é mais complicado e cauteloso, pois não se deve obter lucro no que certamente foi doado, assim deve acontecer na doação de órgãos, no entanto como toda e qualquer doação deve existir estímulo e motivação para efetivação do ato, porém devido a demanda de oferta que é menor do que a necessidade para suprir tantas pessoas na fila de espera surge um criminoso comércio, pessoas que aproveitam da fragilidade e da precisão de outros e roubam e vendem órgãos.⁹⁸ “A doação de órgãos, uma vez assegurada sua natureza voluntária, limitada e protegida contra a comercialização, representa uma das formas mais sublimes de amor ao próximo. É neste sentido que deve ser promovida, divulgada e praticada”.⁹⁹

⁹⁴ BENDASSOLLI, 2001, p.239, apud RENÉ, VIEIRA, DANIELS & SANTOS, 1994.

⁹⁵ COELHO, 2007, p.422-423.

⁹⁶ COELHO, 2007, p.423.

⁹⁷ BOUSSO, 2008, p 50.

⁹⁸ BRAKEMEIER, 2002. p.138.

⁹⁹ BRAKEMEIER, 2002, p.141.

3.2.5 Outras causas

Outras causas também foram citadas como justificativa da recusa dos familiares de pacientes com morte encefálica abordados no Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA, para uma provável doação de órgãos, de princípio as famílias demonstraram até um interesse pela doação, no entanto, desistiram por diversos obstáculos encontrados no processo como: demora na liberação do corpo, parte burocrática e mau tempo para pouso da aeronave que traz a equipe médica de captação de órgãos da cidade de Salvador, 3 famílias (6%) desistiram da doação devido a demora da equipe para chegar ao hospital, pois o aeroporto permaneceu fechado por conta de alterações da natureza.

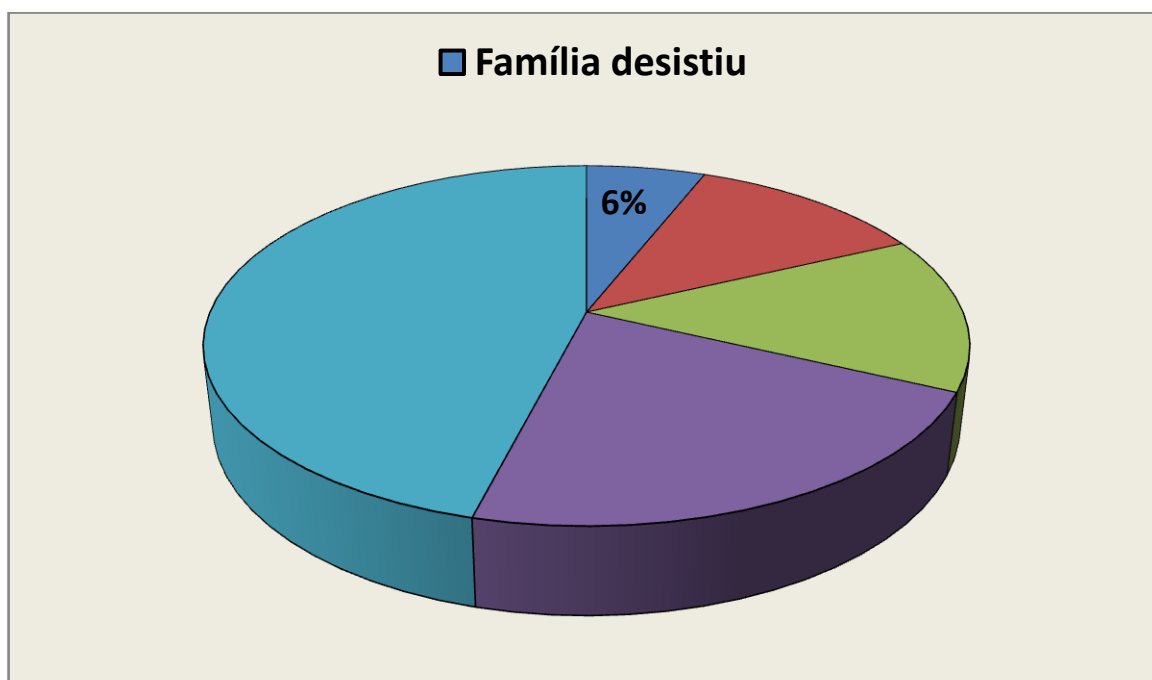


Gráfico 6: Percentual de famílias que recusaram doar os órgãos do familiar devido a demora para a realização do procedimento, dados coletados no ano de 2010 e 2011 no Hospital Geral de Vitória da Conquista – BA.

Em uma pesquisa realizada na China foram entrevistadas 22 famílias que participaram do processo de doação de órgãos, foi avaliado nos seis primeiros meses após a morte o impacto da doação de órgãos, além dos sentimentos conturbados antes da autorização da doação e fatores que geram a negação, como receio de mutilação e desfiguração do corpo do doador, conflitos entre familiares sobre a decisão da doação e falta de compreensão de amigos e demais familiares.

Ainda existe a responsabilidade sobre o ato, o desgaste emocional em ter que dá explicações para o meio que o cerca, a desconfiança de que a família tenha recebido algo em troca e a desvalorização do ato.¹⁰⁰

Abaixo (figura 9), segue o caso real descrito pelo pastor Lothar Carlos Hoch, onde foi consultado no momento de difícil determinação, é percebido todo turbilhão de emoções durante o processo e os incentivos e suportes para a tomada de decisão.

Doação de órgãos

O caso de Neida e Fábio

Neida e Fábio moram no interior de Santa Catarina e têm uma filhinha de 11 anos de idade, chamada Ângela. Num sábado de manhã um caminhão de gás desgovernado atingiu Ângela quando esta estava andando de bicicleta perto da sua casa. Neida e Fábio chamaram os vizinhos e a levaram imediatamente ao hospital. O diagnóstico foi o pior possível. Ângela estava em coma profundo com suspeita de morte cerebral. Um especialista chamado às pressas confirmou o diagnóstico: “poderemos manter a sua filha com vida por mais algumas horas, talvez dias, mas ela jamais recobrará a consciência”.

O impacto dessa notícia desencadeou uma dor indescritível em Neida e Fábio. Eles estavam como que anestesiados. Sentados à beira da cama, rodeada de aparelhos, seguravam a mão de Ângela, como se estivessem a dizer: “Não vá embora, filhinha!”

No dia seguinte o médico procurou Neida e Fábio e, de uma forma sensível, lhes pediu para pensarem sobre a possibilidade de doarem alguns órgãos de Ângela. Ele mencionou as córneas, os rins, o fígado e o coração. Num primeiro momento Neida e Fábio ficaram muito confusos. À tarde decidiram procurar o pastor. A conversa foi muito longa. O pastor soube ouvir. Houve espaço para o desabafo, a tristeza, a revolta e o pranto. Houve um momento de oração. O pastor teve o cuidado de não decidir pelo casal, mas, sim, de ajudá-lo a encontrar o caminho que naquela hora mais correspondia ao sentimento e à fé do casal.

Naquela mesma noite o médico precisava saber da decisão de Neida e Fábio. O estado de Ângela estava piorando rapidamente e, se esperassem até o dia seguinte, os seus órgãos não poderiam mais ser aproveitados.

Neida e Fábio decidiram doar os órgãos de Ângela. O pastor percebeu que eles lutaram muito em torno da pergunta se deveriam ou não permitir que o corpo de sua filha fosse mutilado. Mas no fim prevaleceu o sentimento de que, ao doarem os órgãos de Ângela, eles estariam ajudando a salvar a vida de outras pessoas e a aliviar o sofrimento de outros pais que, como eles, também amavam os seus filhos.

¹⁰⁰ CINQUE, 2010, p.1001.

No enterro de Ângela, dois dias depois, Neida e Fábio continuavam muito tristes e inconformados com a perda da filha. Essa morte permaneceu para eles como algo estúpido e absurdo. No entanto, o fato da morte de Ângela ter contribuído para salvar a vida de outras pessoas parece ter servido como uma espécie de consolo para eles. Isso por sua vez ajudou-os a trabalhar melhor o seu luto.

O que você, prezado leitor e prezada leitora, faria se estivesse numa situação parecida como a de Neida e Fábio? Sinta-se livre para manifestar a sua opinião, pois a fé e a consciência evangélicas permitem que se chegue a conclusões diferentes.

Pastor Lothar Carlos Hoch
Escola Superior de Teologia
São Leopoldo.

Figura 8: caso real de Doação de órgãos, relatado pelo Pastor Lothar Carlos Hoch

A integração dos profissionais de saúde e amigos com os familiares dão suporte ao significado do processo de doação de órgãos, a assistência social fortalece a tomada de decisão.¹⁰¹ Profissionais de saúde preparados psicologicamente e emocionalmente associando ao conhecimento científico proporcionam uma assistência à família e ao paciente mais segura e garantem o sucesso do processo.¹⁰²

As dúvidas que acometem as famílias em todo o processo, referente a morte encefálica, a liberação do corpo e outros questionamentos que surgem, se bem esclarecidos e informados pela equipe de saúde proporcionará uma satisfação quanto ao atendimento prestado durante o período de internação do paciente, proporcionando um conforto as famílias e conseqüentemente auxiliando na diminuição da dor e do sofrimento.

¹⁰¹ BOUSSO, 2008, p.49

¹⁰² CINQUE, 2010, p.1001.

CONCLUSÃO

Com o passar dos anos foi identificado à necessidade de uma reflexão intensa sobre doação de órgãos, com isso intensificaram os debates e o envolvimento das diversas especialidades e instituições, no intuito de obter uma melhora no sistema de transplantes de órgãos e aumentar a doação de órgãos.

A recusa familiar para a doação de órgãos evidencia o número baixo de doações na Bahia, conforme o coordenador do Sistema Estadual de Transplantes, Eraldo Moura, “cerca de 50% das famílias de potenciais doadores não autorizam a doação”. “... a Secretaria da Saúde do Estado (Sesab) tem feito diversos investimentos para ampliar o número de doações e de transplantes de órgãos, incluindo realização de cursos de capacitação para profissionais de saúde e de ações educativas junto à população em geral”.¹⁰³

Para diversas famílias a doação de órgãos está muito ligada à solidariedade e a finalidade de exercer a caridade, com principal propósito de ajudar outras pessoas diminuindo o sofrimento e proporcionando uma qualidade de vida, no entanto as barreiras burocráticas, morais e principalmente as sociais ainda predominam.

A doação de órgãos envolve diversas etapas, sendo um processo delicado, pois a família que passa por um forte abalo emocional é obrigada a tomar decisões que implicam em consequências e responsabilidades, o consentimento familiar está resguardado por diversas culturas, religiões, conhecimentos, além de aspectos que interferem na decisão como o atendimento proporcionado pela instituição e dos profissionais envolvidos.

Conforme evidenciado na pesquisa, a maior parte da recusa familiar para a doação dos órgãos do paciente com morte encefálica foi ligada à falta de informações sobre o que estava acontecendo, a carência no diálogo dos profissionais com a família e principalmente a falta de humanização no atendimento inicial na emergência. O sucesso do processo de doação está diretamente associado à família, por isso a importância do conhecimento da população sobre doação, transplante de órgãos e uma assistência completa e adequada para todos envolvidos no procedimento.

¹⁰³ DIÁRIO OFICIAL. Salvador, Bahia. Sexta-feira. 3 de Agosto de 2012. Ano · XCVI · Nº 20.915

A informação e o esclarecimento pela equipe de saúde para os familiares geram uma satisfação quanto ao atendimento prestado durante o período de internação do paciente, proporcionando um conforto as famílias e conseqüentemente auxiliando na diminuição da dor e do sofrimento.

A expansão do foco na doação de órgãos deve está ligada de forma direta com a ampliação de debates, com o propósito de incentivar as famílias à exposição das suas opiniões sobre o assunto no âmbito familiar, à conscientização da população sobre a importância do processo e a realização de campanhas que possam dar ênfase na seriedade do procedimento e da importância social, oferecendo assim informações que sejam referências para a correção de inadequações no processo que estejam contribuindo para a elevação da taxa de recusa na doação de órgãos.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Eliana da Silva. *Transplantes de órgãos e tecidos humanos, e seus limites éticos jurídicos em defesa da dignidade da pessoa humana*. Osasco: UNIFEO-Centro universitário FIEO, 2006. Disponível em: <http://www.unifio.br/files/download/site/mestradodireito/bibliotecadigital/dissertacoes2006/diss_eliana_araujo.pdf> Acesso: 23 fevereiro 2012.
- ARRUDA, Samuel Miranda. *Notas Acerca Do Crime de Tráfico de Órgãos*. Revista Eletrônica PRPE, Maio de 2004. Disponível em: <<http://www.prpe.mpf.gov.br/internet/content/search?SearchText=arruda>>. Acesso: 26 de jan. 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. *Registro Brasileiro de Transplantes*. Reg Bras Transpl. 2006.
- BENDASSOLLI, Pedro Fernando. *Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos*. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre, vol.14, n.1, p. 225-240, 2001.
- BLOG DO HGVC. Disponível em :<http://www.saude.ba.gov.br/hgvc/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=73>. Acesso: 20 março 2013.
- BOUSSO, Regina Szylit. *O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. Texto e contexto -enfermagem*. Florianópolis, vol.17, n.1, p. 45-54, 2008.
- BRAKEMEIER, Gottfried. *O ser humano em busca de identidade: contribuições para uma antropologia teológica*. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2002. 220 p.
- BRASIL. *Lei nº 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. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8489.htm>. Acesso: 07 de Julho de 2012.
- BRITES, Dorelayne Aparecida. et al. *Doação de órgãos: mitos e verdades da equipe de enfermagem*. CESCAGE. Disponível em:<http://www.corenpr.org.br/artigos/tcc_dorelayne.pdf>. Acesso: 08 de Agosto de 2012.
- CARDOSO, Alaércio. *Transplantes: Aspectos éticos. legais e religiosos*. Disponível em <<http://www.alaerciocardoso.adv.br/doutrina/141/>> Acesso: 10 de agosto de 2012.
- CARDOSO, Alaércio. *Responsabilidade Civil e Penal dos Médicos nos Casos de Transplantes*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.438 p.
- CINQUE, Valdir Moreira ; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. *Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante*.

Revista da escola de enfermagem da USP . São Paulo, vol.44, n.4, p. 996-1002, 2010.

CÓDIGO Civil. LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm> Acesso: 15 julho, 2012.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 98p. 2010.

COELHO, Julio Cezar Uili et al. *Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos*. Revista da Associação de Medicina Brasileira. São Paulo, vol.53, n.5, p. 421-425, 2007.

COELHO, Mario Marcelo. *Xenotransplantes: Ética e Teologia*. São Paulo: Loyola, 2004.

DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. *Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias*. Texto e contexto - enfermagem. Florianópolis, vol.19, n.4, p. 728-735, 2010.

DIÁRIO OFICIAL. Salvador, Bahia - Sexta-feira. 3 de Agosto de 2012. Ano · XCVI · Nº 20.915

D'IMPERIO, Fernando. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2007, vol.19, n.1, pp. 74-84.

FANTASTICO. GLOBO.COM. *Órgão do doador some durante transplante de rim entre irmãos*. Brasil, 2012. Disponibilizado em: <<http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1679870-15605,00-ORGAO+DO+DOADOR+SOME+DURANTE+TRANSPLANTE+DE+RIM+ENTRE+IRMAOS.html>> Acesso: 27 de Janeiro de 2013.

FERRO, Luisete Aparecida Amalho. RIBEIRO, Elaine Rossi. *Princípios Básicos para Conservação de Órgãos para Transplante*. Revista Eletrônica Inspirar [recurso eletrônico] – Curitiba, v.1, n. 1, jun/jul., pag. 25-28, 2009.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas S.A, 2007.

HOCH, Lothar Carlos. WONDRAČEK, Karin H. K. *Bioética: Avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida – esperanças e temores*. São Leopoldo: Sinodal; EST; FAPERGS, 2006. 232p.

KONINGS, Johan M.H; ZILLES, Urbano (org). *Religião e Cristianismo*. 7 ed. Porto Alegre: Edipucres, 1997. 460p.

LEI Nº 9.434, 4 DE FEVEREIRO DE 1997. Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm> Acesso: Junho de 2012.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS HUMANOS : *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 legislação correlata. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. *A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante*. Revista Latino Americana de enfermagem, vol.16, n.3, p. 458-464,2008.

_____. *Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores*. Acta paulista de enfermagem. São Paulo, vol.22, n.2, p. 131-135, 2009.

PESSINI, Leocir. *Problemas atuais de bioética*. 8.ed. revista e ampliada. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyota, 2007.

PORTAL DA SAÚDE–SUS. Transplantes. Ministério da Saúde: Brasília – DF. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004> Acesso: 26 abril, 2012.

PROGRAMA DE TRANSPLANTES DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Curso Prático de Extração, Perfusão e Acondicionamento de Múltiplos Órgãos para Transplante*. Coordenação: Prof. Dr. Bem-hur Ferras Neto, Dr. Rogério Carballo Afonso, Enf. Tadeu Thomé. Setembro 2010.

QUINTANA, Alberto Manuel; ARPINI, Dorian Mônica. Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. *Boletim de psicologia* . São Paulo, vol.59, n.130, p. 91-102, 2009.

RECH, Tatiana H. RODRIGUES FILHO, Édison Moraes. *Entrevista familiar e consentimento*. Revista brasileira de terapia intensiva. São Paulo, vol.19, n.1, p. 85-89, 2007.

_____. *Manuseio do Potencial Doador de Órgãos Múltiplos*. Revista brasileira de terapia intensiva. São Paulo, vol. 19, n.2, 2007.

SÁ, Maria de Fátima Freire. *Biodireito e Direito ao próprio corpo*, 2ª edição – Revista atualizada e ampliada, 2003.

SADALA, Maria Lúcia Araújo. *Doação de órgãos: A experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores*. São Paulo: UNESP, 2004.

SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. *Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres*. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, vol.13, n.3, p. 382-387, 2005.

SANTOS, Rita Maria Paulina dos. *Dos transplantes de órgãos à clonagem: nova forma de experimentação humana rumo à imortalidade?* 1 ed. 110 pag. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE *Estruturação do Sistema Nacional de Transplantes*. <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm#2>> Acesso: 22 de agosto de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIO VASCULAR. *O processo de Doação – Transplante*. Disponível em: <http://www.sbccv.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/processo_doacao_orgaos.pdf> Acesso: 24 agosto 2012.

STEINER, Philippe. *A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias*. Tempo Social. São Paulo, vol. 16, n.2, p. 102-128, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997.

Regulamento

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

Mensagem de veto

O 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 transplante 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 e 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 em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

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 10, 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 Às 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 A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade,

obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Parágrafo único. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 2º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 3º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 4º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 5º (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

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.

Art. 7º (VETADO)

Parágrafo único. 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 necropsia.

Art. 8º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

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 e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 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.

Art. 9º-A É garantido a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto. (Incluído pela Lei nº 11.633, de 2007).

CAPITULO IV

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 2º A inscrição em lista única de espera não confere ao pretense receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocado por acidente ou incidente em seu transporte. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

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.

Parágrafo único. Após a notificação prevista no caput deste artigo, os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional necessário às equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante, hipótese em que serão ressarcidos na forma da lei. (Incluído pela Lei nº 11.521, de 2007)

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.

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

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

§ 2.º 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

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

I - Incapacidade para o trabalho;

II - Enfermidade incurável ;

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

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

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

§ 4.º 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 aufere 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.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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. 3.º § 1.º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3.º, § 2.º ao órgão de gestão estadual do Sistema único de Saúde, estão sujeitas a multa, 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 desta Lei ou proibir, dificultar ou atrasar as hipóteses definidas em seu parágrafo único. (Redação dada pela Lei nº 11.521, de 2007)

§ 2.º 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 Decreto n.º 879, de 22 de julho de 1993.

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson A. Jobim

Carlos César de Albuquerque

ANEXO 2



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 2.268, DE 30 DE JUNHO DE 1997.

Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências.

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 nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997,

DECRETA:

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano e sua aplicação em transplantes, enxertos ou outra finalidade terapêutica, nos termos da Lei nº 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 Transplante - SNT, que desenvolverá o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados 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 às 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 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;

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 pólo 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 sessenta 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:

I - atos constitutivos, com indicação da representação da instituição, em juízo ou fora dele;

II - ato de designação e posse da diretoria;

III - equipes especializadas de retirada, transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional, autorizadas na forma da Seção III deste Capítulo;

IV - disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;

V - condições necessárias de ambientação e de infra-estrutura operacional;

VI - capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;

VII - instrumental e equipamento indispensáveis ao desenvolvimento da atividade a que se proponha.

§ 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, se, 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, devendo 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:

I - certificado de pós-graduação, em nível, no mínimo, de residência médica ou título de especialista reconhecido no País;

II - 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 casos 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 8.080, 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, que 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 dos 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 terapêuticas.

§ 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 e 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, pelo 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 ao 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 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 tomar, 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 da 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 te encontrarem mais próximos para efetuarem ambos os procedimentos, observado 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 art. 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 lavrados 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 enxertos 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, 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.

§ 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 sangüínea 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 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 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, 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 tecido, órgãos ou partes de pessoas falecidas, até seis meses após a publicação deste Decreto, cujo 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 exercidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Art. 31. Não se admitirá inscrição de receptor de tecidos, órgãos ou 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