

# A TOMADA DA DECISÃO FAMILIAR RELATIVA À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E OS DIREITOS DA PERSONALIDADE

MAKING A FAMILY DECISION REGARDING ORGAN  
AND TISSUE DONATION AND PERSONALITY RIGHTS

TOMAR UNA DECISIÓN FAMILIAR SOBRE LA DONACIÓN  
DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y DERECHOS DE PERSONALIDAD

## SUMÁRIO:

Introdução; 1. Dos conceitos basilares, a relação ética e os direitos fundamentais da personalidade; 2. Do histórico mundial ao brasileiro e legislações pátrias; 3. Da tomada de decisão familiar e da necessidade da educação; Conclusão; Referências.

## RESUMO:

O objetivo da presente pesquisa foi tomar conhecimento sobre a importância da responsabilidade familiar referente a aceitação ou não da doação de órgãos, independentemente da vontade do possível doador. A partir deste ponto busca-se entender como ocorre a doação, desde o momento do aviso da morte até o instante da tomada de decisão efetivamente tendo em vista os fatores de influência. A relevância do estudo dá-se pela importante discussão acerca do tema, as controvérsias, e a real necessidade de mais doadores no país. A pesquisa se desenvolveu em três partes, iniciando pelo conceito de doação e transplante e relacionando a ética e os direitos fundamentais da personalidade, o segundo capítulo trata de histórico mundial, o brasileiro e a legislação pátria, e, por fim, o terceiro trata da tomada de decisão familiar e a necessidade da educação e conscientização da importância

Como citar este artigo:  
BORDINI, Heloísa,  
OLIVEIRA, José, A  
tomada da decisão  
familiar relativa à  
doação de órgãos e  
tecidos e os direitos  
da personalidade.  
Argumenta Journal  
Law, Jacarezinho – PR,  
Brasil, n. 45 2025,  
p. 201-227.

Data da submissão:  
05/10/2023

Data da aprovação:  
16/06/2025

do ato. Como metodologia foi utilizado o método dedutivo, com análise da legislação e de material doutrinário constante em livros, revistas jurídicas ou não, artigos em revistas, periódicos e *internet*. Também se utilizou o método hipotético, criando possíveis questionamentos para que fossem debatidas hipóteses.

### **ABSTRACT:**

The objective of this research was to learn about the importance of family responsibility regarding the acceptance or not of organ donation, regardless of the will of the possible donor. From this point, we seek to understand how donation occurs, from the moment of death notice to the moment of decision-making, effectively in view of the influencing factors. The relevance of the study is given by the important discussion on the subject, the controversies, and the real need for more donors in the country. The research was developed in three chapters, starting with the concept of donation and transplantation and relating ethics and the fundamental rights of the personality, the second chapter deals with world history, the Brazilian and national legislation, and, finally, the third deals with the family decision making and the need for education and awareness of the importance of the act. As a methodology, the deductive method was used, with analysis of legislation and doctrinal material contained in books, legal magazines or not, articles in magazines, periodicals and the internet. The hypothetical method was also used, creating possible questions so that hypotheses could be debated.

### **RESUMEN:**

El objetivo de esta investigación fue conocer la importancia de la responsabilidad familiar en cuanto a la aceptación o no de la donación de órganos, independientemente de la voluntad del posible donante. Desde este punto, buscamos comprender cómo ocurre la donación, desde el momento de la notificación de la muerte hasta el momento de la toma de decisiones, efectivamente frente a los factores que influyen. La relevancia del estudio está dada por la importante discusión sobre el tema, las controversias y la real necesidad de más donantes en el país. La investigación se desarrolló en tres partes, comenzando con el concepto de donación y trasplante y relacionando la ética y los derechos fundamentales de la per-

sonalidad, el segundo capítulo trata de la historia mundial, la legislación brasileña y nacional y, finalmente, el tercero trata de la toma de decisiones familiares y la necesidad de educación y concienciación de la importancia del acto. Como metodología se utilizó el método deductivo, con análisis de material legislativo y doctrinario contenido en libros, revistas jurídicas o no, artículos en revistas, periódicos e internet. También se utilizó el método hipotético, creando preguntas posibles para poder debatir las hipótesis.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Família; Doação de órgãos e tecidos; Direitos da personalidade.

**KEY-WORDS:**

Family; Organ and tissue donation; Personality rights.

**PALABRAS CLAVE:**

Familia; Donación de órganos y tejidos; Derechos de la personalidad.

**INTRODUÇÃO**

A doação de órgãos e tecidos é tema de extrema relevância tendo em vista o número de mortes nas filas a espera de transplantes, além de que o número de possíveis doadores é realmente alto, então é importante encontrar a falha no processo de doação, para que se possa diminuir maximamente as negativas familiares que vem ocorrendo.

As principais hipóteses para a falha da doação seria a não aceitação de morte encefálica, fato que só poderia ser revertido com o estudo, a falta de tática aplicada pelos profissionais de saúde, ao não demonstrar empatia e tratamento psicológico necessário a tal momento de vida e, também, a negativa por crenças e padrões éticos dos familiares dos próprios pacientes.

Para melhor compreensão e organização, a presente pesquisa foi dividida em três partes.

A primeira parte apresenta-se os conceitos imprescindíveis ao entendimento do conteúdo e as questões éticas da aceitação ou não da doação de órgãos e tecidos, interligando-os aos direitos fundamentais da personalidade, levando em consideração se são respeitados e assegurados ou não.

Na segunda parte tem-se a discriminação do histórico, tanto do transplante em si, como das bases e fundamentos, como a origem das definições da morte encefálica, e, também, é apresentado as alterações legislativas pátrias e como se deram na realidade dos fatos, tendo em vista as épocas e a forma como foram implantadas.

Por se tratar de um tema um tanto quanto polêmico quanto ao consentimento presumido, será realizado um breve estudo no direito estrangeiro, a fim de que se verifique o tratamento dessa temática em outros países.

Por fim, na terceira parte, é tratado a importância da tomada de decisão familiar positiva a doação, quais os fundamentos de recusa dos familiares do falecido e principalmente, debatido a importância da educação populacional e profissional sobre o tema, da doação de órgãos.

Para tanto, se utilizou do método dedutivo, com análise da legislação e de material doutrinário constante em livros, revistas jurídicas ou não, artigos em revistas, periódicos e *internet*. Também se utilizou o método hipotético, criando possíveis questionamentos para que fossem debatidas hipóteses.

Assim, resta configurada a importância do tema e a problemática causada pela não educação da população envolvida nessa questão de doação de órgãos no país, revelando assim uma insegurança das práticas de saúde.

## **1. DOS CONCEITOS BASILARES, A RELAÇÃO ÉTICA E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PERSONALIDADE**

A doação de órgãos e tecidos ocorre a partir de um doador consentido e um receptor dependente de terapia e de recepção necessária, e como resultado dessa interligação ocorre um procedimento cirúrgico denominado transplante.

De acordo com, a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, o transplante pode ser definido como uma intervenção cirúrgica a qual objetiva o prolongamento da vida do receptor, consistindo na substituição de um órgão de alguma forma comprometido por outro saudável, seja de doação realizada em vida ou *post mortem*, assim resultando em uma melhor qualidade de vida e saúde do receptor, pois ele sai de um problema incontrolável e passa para um que se tem o controle (BANDEIRA, 2001, p. 28).

A partir de então cabe uma diferenciação importante a ser realizada na presente pesquisa, seria a da então a diferença entre o transplante, o

enxerto e o autotransplante. Talvez a forma mais prática de delimitar as diferenças seja na objetivação final.

O enxerto ocorre quando é retirado de uma pessoa um tecido e reimplantado nela mesma, com o objetivo de melhorar a saúde ou a estética, mas não possuindo função autônoma. O autotransplante seria então a retirada de um tecido de uma mesma pessoa para ser colocada no mesmo corpo com o objetivo de melhoria de saúde (BANDEIRA, 2001), por exemplo nos casos da retirada da medula óssea que será reimplantada após tratamento quimioterápico.

Resta então que tanto o enxerto como o autotransplante e o transplante visam a saúde do receptor, ocorre que o transplante por si só possui função autônoma, pois um órgão e um tecido desempenham papéis e funções específicas em um organismo e ainda, é importante ressaltar que um transplante sempre será para visar, única e exclusivamente, a saúde e a qualidade de vida do receptor, passando a doença de um caso incontrolável para um caso controlado.

A ética pode ser conceituada de diversas formas, mas é claramente expressa nas seguintes palavras “ciência do comportamento moral dos homens em sociedade” (GELAIN, 1990).

Assim, tal pesquisador conseguiu delimitar e sintetizar um termo abstrato, de forma que passa a ser compreensível e importante no desenvolvimento da presente pesquisa, tendo em vista que a doação aqui tratada, aceita como preceito ético a não discriminação de doadores e de receptores. Tendo assim que a doação não pode levar em conta preceitos de sexo, idade, raça ou religião, tornando o próprio art. 47 do Código de Ética Médica explícito referente a proibição da discriminação do ser humano.

É importante ressaltar que há mais de um valor fundamental importante a ser resguardado nesta temática, o primeiro seria a vida, tanto do receptor destes órgãos e tecidos, mas então e principalmente, também a vida e o fim natural dela, pertencente ao doador em potencial.

O segundo valor fundamental seria o da dignidade do cadáver. Assim, seria então considerado antiético a violação do cadáver, pois este não pode ser considerado um simples objeto, tendo em vista que pertenceu a um sujeito de direitos, portanto, assim continua possuindo a qualidade da pessoa humana o qual pertenceu (LIMA, 1997).

A questão que passa a fazer sentido a partir de então seria a de até que ponto pode-se pensar em uma conformação ética, tendo em vista a imensa variedade cultural brasileira. Para isso, Gelain (1990) estabelece que não há como se chegar em uma definição ou uma única resposta, teria de levar em consideração os valores pessoais e individuais dos cidadãos, os valores comuns a determinados grupos, tanto culturais, como éticos e religiosos, e fundamentalmente, os valores intrínsecos a época de vivencial cultural do ser humano, pois são fatores determinantes para a formação do raciocínio e pensamento do ser.

No que diz respeito aos direitos da personalidade, são classificados basicamente em três grupos. O primeiro é o direito a integridade física, aqui abrangendo tanto o corpo, quanto o cadáver, o segundo grupo são os direitos relacionados a integridade psíquica, envolvendo então a liberdade individual, tanto do doador, quando em vida, quanto da família do mesmo após a sua morte, e por fim, o terceiro trata dos direitos a integridade moral, relacionando aqui os direitos a intimidade. São estes intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo sofrer limitações, ainda que voluntárias, o que vai de frente com a escolha familiar sobre a disposição da doação.

Se, conforme o Código Civil Brasileiro, a morte é o fim da existência da pessoa natural, os direitos da personalidade então não são englobados pela mesma regra. Mas, não se define sobre a então existência da personalidade jurídica cadavérica. Do ponto de vista do direito geral brasileiro, tem-se que o fim da vida humana, não se extingue os direitos, a exemplo da proteção do cadáver.

Para França (2004, p.333), os direitos *post mortem* deveriam respeitar as escolhas pessoais em vida, assim resguardado o direito do homem sobre seu cadáver. Este pensamento contrapõe o atualmente adotado pela legislação brasileira ao que determina a disposição sobre a doação de órgãos aos familiares. Assim, se a legislação se omite em questão da aplicação ou não dos direitos da personalidade *post mortem*, surge espaço doutrinário para variadas posições, que parecem confundir a legitimidade dos direitos com a titularidade dos mesmos (MIGLIORE, 2009, p.173).

Já os aspectos éticos, estão intimamente interligados aos princípios pertinentes, tais sejam, o princípio da autonomia, que não é assegurado na doação e transplante, os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça, que são devidamente assegurados, sendo o da justiça assegu-

rado pela criação da lista única, em 1997, e o princípio do consenso afirmativo, que seria relacionado a disposição do próprio corpo *post mortem*.

## 2. DO HISTÓRICO MUNDIAL AO BRASILEIRO E LEGISLAÇÕES PÁTRIAS

A ideia de transplante de órgãos é antiga, citada desde a *Ilíada*, por volta de 700 a.C. onde se descreve um transplante com tecidos genéticos diferentes. Também na lenda de São Cosme e São Damião, onde foi realizado um transplante da perna de um soldado morto para um senhor, fiel, que tinha uma das pernas amputadas.

Apesar de antiga a história mundial e os experimentos relativos aos primeiros transplantes de órgãos e tecidos, foram no ano de 1963 que surgiu a primeira legislação brasileira sobre determinado assunto. Cinco anos depois, já em 1968, a Lei nº 4.280/63 regulava o tema do transplante e doações de órgãos no Brasil, que foi revogada com o surgimento da Lei nº 5.478/68 (CHAVES, 1994, p. 224). Ocorre que nenhuma das duas legislações se mostraram efetivas na prática, pois suas redações davam margem para interpretações diferentes, devido ao fato de a legislação permitir a disposição gratuita de órgãos e tecidos *post mortem*, e no caso da doação de órgãos e tecidos em vida não dispor da mesma palavra “gratuito”, temendo, portanto, que esta condição por não estar explicitamente disposta em lei ocorresse. (LANA, 1994, p.7).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, houve então a expressa proibição legal que dizia respeito a comercialização do próprio corpo, assim em seu art. 199, parágrafo quarto, coibia-se claramente a mercantilização do corpo humano, fato este que deu abertura para a seguinte legislação sobre a disposição gratuita de órgãos e tecidos para doação, tanto para fins terapêuticos, quanto para fins científicos.

Já em 1992 deu-se no país a promulgação da Lei nº 8.489/92, regulamentada pelo Decreto nº 879/93, a qual buscou corrigir a lacuna deixada pela lei anterior, expressando a palavra “gratuidade” no corpo do texto, assim restou claro que a disposição da doação de tecidos e órgãos, tanto em vida, quanto *post mortem*, deveria então ocorrer de forma não remunerada, assim não visando de nenhum benefício ao doador.

A partir desta legislação que a passou a vigorar, houve também a Lei nº 8.501/92, a qual dispõe sobre os cadáveres não reclamados, ou seja, des-

conhecidos, que não são permitidos para fins de estudos e pesquisa científica.

Na mesma alteração legislativa houve relevante alteração de conceito quando, por um decreto presidencial, revogou-se a definição clara de morte. Nas palavras de França, a Resolução nº 1.346/91, do Conselho Federal de Medicina, possuía o conceito de morte encefálica baseado em exames clínicos, e ao mínimo exame complementar sobre a parada total e irreversível de funções do cérebro (FRANÇA, 1994, p. 74).

Foi então a partir da legislação de 1997 onde implantou-se o sistema nacional de transplantes, passo importante visando a igualdade de oportunidade, o qual vigora até hoje, e ainda fato importante foi que com a clara intenção de reduzir as filas de necessidades de órgãos e tecidos, com a publicação da Lei nº 9.434/97 e do Decreto nº 2.268/97, que a regulamentação de tecidos e órgãos realmente alterou-se perante a ordem jurídica brasileira.

Dentre as inúmeras alterações, a que mais chamou atenção da população foi o critério da doação presumida (MARINHO, 2011). Fato este que alterou os ânimos da população, causando controvérsia, tanto na sociedade civil, quanto, até mesmo, na classe médica e jurídica (SILVA, 2002), com a não concordância de interferência estatal em um aspecto intrínseco da personalidade.

Ocorre que com a nova redação dada pela Lei nº 9.434/97, o silêncio consentido implicaria que o morto deveria ter manifestado expressamente pelo seu consentimento ou não pela doação de órgãos e tecidos ainda em vida, caso contrário teria seus tecidos e órgãos extraídos para doação *post mortem*, independente de manifestação de responsável familiar, seria o sistema adotado de oposição ou dissentimento (ROCHA, 1997).

A negativa de doação de forma mais simples poderia ser dada através de seu documento oficial, como nos casos do documento de identificação pessoal - RG, carteira de registro profissional da Ordem dos Advogados do Brasil dentre outros (BANDEIRA, 2001).

Claramente como em toda legislação, houve posicionamentos favoráveis a opção legislativa, mas os posicionamentos contrários sobressaíram-se, chegando-se a cogitar a hipótese de excedentes de órgãos e estoques (GEDIEL, 2000), dos mesmos, gerando assim afronta social. Houve ainda argumentos plausíveis como o da falta de estrutura do Sistema Único de Saúde para que fosse devidamente comportada a captação correta e

doação de órgãos, devido ao aumento desenfreado de possíveis doadores (SILVA, 2002).

Os pesquisadores Berlinguer e Garrafa (2001), após o estudo da legislação e meio social, apontaram que o princípio da doação presumida não foi devidamente aceito pela sociedade brasileira da época por ser lei imposta única e exclusivamente pelo Congresso Nacional, assim impondo lei avançada ao nível de desenvolvimento social da sociedade.

Nesta linha, seguindo o raciocínio de conclusão dos autores, é que talvez, por exemplo a realização de um plebiscito instigaria a população a pesquisar e debater o tema em seu meio social e familiar, tomando assim conhecimentos e compreensões prévias, fazendo com que o posicionamento pudesse ser outro.

Eles encontraram ainda uma segunda razão principal, para a falha no sistema legislativo sobre o consentimento presumido, a qual seria a falta de confiança da população nos programas sanitários públicos, e em seus regulamentos e, por consequência, possíveis desdobramentos (BERLINGUER e GARRAFA, 2001).

Neste interim, na mesma linha dos pesquisadores, tem-se que a população suspeitava de um sistema de doações ineficiente, ou o medo de manipulação do corpo e talvez o aceleração da morte. Conforme pesquisas realizadas por Pessini (2007) nos documentos oficiais de identidade o índice de não doadores foi em torno de 97%, valor altíssimo, além do fato de que 90% dos familiares passaram também a não autorizar a doação *post mortem*.

O Brasil não foi pioneiro em tal legislação, o direito português, belgíco, norueguês, croata, tcheco já adotavam o direito presumido. Mas ao analisar-se a legislação estrangeira, verifica-se que recentemente, no ano de 2016, o direito francês também passou a adotar o consentimento presumido, após um número grande de mortes na fila de espera por um transplante no ano de 2015. E, a partir do ano de 2020, o direito norueguês passou a fazer parte deste grupo de países que adota o direito presumido.

Para sanar apelo público, em seis de outubro de 1998, foi então adotada a Medida Provisória nº 1.718/98, a qual dispunha que caso não houvesse consentimento realizado em vida, a doação de órgãos e tecidos do paciente dependeria de aceitação de cônjuges ou parentes consanguíneos mais próximos e responsáveis.

Assim, foi já no ano de 2001, em torno de três anos de vigência da lei anterior, aprovada a Lei nº 10.211/01 a qual trouxe edições na legislação anterior - Lei nº 9.434/97, e em especial a alteração de doação presumida para a doação informada, assim curvando-se ante a realidade do país, tanto moral, como também cultural e social (PESSINI, 2007), portanto mantendo decisão da medida provisória anterior a qual aceitava que a doação de órgãos e tecidos deveria ser consentida em vida ou aceita por parentes após a morte, mantendo o princípio da liberdade e da autonomia sobre a disposição do próprio corpo.

A legislação brasileira foi efetiva no campo teórico, mas não solucionou as necessidades sociais (MARINHO, 2011), e permanece não atendendo a demanda da lista de espera para o transplante, tendo em vista que apesar de mais acessível para a população em geral, as doações ainda são insuficientes, assim resultando ainda em um desequilíbrio gerado pela demanda versus a escassez da disponibilidade, tendo como consequência final a morte de milhares de pessoas por ano, sendo em torno de 10 a 30% dos constantes na lista de espera (CLEMENTE, 2008), número absurdamente alto tendo em vista que a quantidade total de mortes seriam capaz de suprir tal demanda, e ainda levando em consideração o tamanho da fila de espera por órgãos e tecidos.

No que concerne a legislação brasileira, Garcia (2006) faz relevante comentário referindo-se ao crescente aumento da demanda de transplante de órgãos, comparado a disponibilidade de órgãos e tecidos, aptos a serem transplantados. Há em suas palavras um vasto distanciamento entre o sucesso da legislação, fator importante de se observar e estudar para que seja delimitado as causas da falha na linha de transmissão que vem ocorrendo e assim para que surgem possíveis soluções.

Além da gratuidade do ato de doação como já esclarecido, há ainda outros requisitos específicos determinados pela legislação brasileira e resoluções médicas, adotadas pelo ordenamento jurídico pátrio, que podem ser mais bem divididas na doação em vida e na *post mortem*.

A doação em vida é aquela que ocorre com doador e receptor vivo, neste caso seria então indispensável a consciência e livre disposição do corpo pelo doador, que normalmente dá-se de forma escrita e diante de duas testemunhas, sendo ainda necessário que seja corretamente delimitado o órgão ou tecido a ser doado.

Há também a necessidade da disposição limitada a órgãos duplos ou partes de órgãos e tecidos que não impeçam o doador de continuar vivendo de forma saudável, até mesmo mentalmente e esteticamente, sendo assim sem risco a sua integralidade física.

É ainda requisito essencial que haja no receptor a comprovada necessidade terapêutica, ou seja, o órgão ou tecido doado é de valioso apreço à saúde do receptor, sendo indispensável para o prosseguimento da vida com saúde, e a devida comunicação prévia ao Ministério Público (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2007).

A legislação esclarece também o fato de que a doação inter vivos não pode ocorrer sem devida regulamentação, buscando assim claramente evitar o comércio de órgãos, para tanto ficou estabelecido pela lei que regulamenta que podem ser doadores intervivos cônjuges e parentes até o quarto grau, ou ainda, qualquer pessoa desde que com autorização judicial.

Já no tocante a doação *post mortem*, é definida como aquela em que há o transplante de um órgão ou tecido de um doador pré-morto, neste caso sendo necessário o diagnóstico de morte encefálica (AMARAL, 2003) a um receptor vivo.

A morte encefálica é tida como uma primeira causa *mortis*, alternativa a parada da função cardiorrespiratória, mais aceita popularmente, é definida então como a parada das funções encefálicas e tronco encefálicas (MORAES e MASSAROLLO, 2009), sendo de todas as formas aceitas a impossibilidade da reversibilidade do diagnóstico, portanto é a morte em si.

O início dos estudos e delimitação da morte encefálica, deu-se na França, mais precisamente no ano de 1959, quando um grupo de neurocirurgiões observaram e descreveram a “morte do sistema nervoso central”, como sendo um estado apneico persistente, com o cérebro eletricamente parado, ausência de reflexos do tronco encefálico e reflexos tendinosos (LAMB, 2000).

Mais de dez anos após a primeira delimitação, em 1968, o Comitê Médico de Harvard, formado com o objetivo único de catalogar e regulamentar uma nova modalidade de morte, publicou o conceito mundialmente conhecido e aceito de morte encefálica. Neste conceito há a necessidade de atendimento a quatro critérios para que se constate a morte cerebral, o primeiro seria então a ausência de resposta cerebral, o segundo a ausência de movimentos, tanto os induzidos quanto os espontâneos, a

terceira, a ausência da respiração espontânea, devendo então ser mantido de forma mecânica, e por fim, o quarto seria a ausência de reflexos tendinosos profundos.

Passados então quase dez anos, em 1997, no Brasil, publica-se a Resolução n.º 1.480, do Conselho Federal de Medicina, o qual adota e estabelece os critérios para a morte encefálica, exclusivamente a reatividade supraespinhal.

Observa-se então que ainda pode haver atividade supraespinhal, diferentemente dos critérios de Harvard, por exemplo, reflexos osteotendinosos, cutâneo abdominal, cutâneo plantar, ereção peniana reflexa e reflexos flexores, dentre outros. Tais reflexos observados foram denominados “sinais de Lázaro”, que possuem explicação médico científica, mas dificulta ao familiar do paciente com morte cerebral entender que realmente a pessoa está morta se está demonstrando “reações”, gerando desconforto e insegurança nos familiares, ou ainda um ponto de esperança, diga-se falido, para se agarrar.

Ponto de vista interessante é acreditar que com o fim da vida tem-se o fim do sofrimento do ente querido, assim gerando o fim da pessoa natural, de maneira irreversível há a desintegração da personalidade em seus mais variados aspectos (CHAVES, 1994, p. 56), no entanto, deve-se ter cuidado para ser devidamente associado ao direito da personalidade *post mortem*.

Esta morte deverá, por lei, ser constatada e registrada, assim assinado o atestado de óbito, por dois médicos integrantes da equipe de remoção e transplante, sendo que destes, ao menos um seja especialista em neurologia, conforme Decreto n.º 2.268/1997, fato que pode ainda ser acompanhado e atestado por um médico de cunho pessoal familiar, para que se comprove a subsistência dos atos, e então comunicado a central de transplante estadual.

Tendo em vista a necessidade da morte, esta modalidade de transplante não apresenta riscos à saúde do então doador, apresenta então apenas benefícios, podendo mudar a vida de até sete receptores (ROCHA, 1997), sendo disponíveis a doação de vários órgãos e tecidos como no caso do coração, pulmão, fígado, pâncreas, intestino, rim, córnea, medula óssea, veia, ossos, pele e tendão.

Importante também ressaltar que com o fim do consentimento presumido a doação de órgãos e tecidos do morto depende de autorização,

sendo esta, legalmente aceita, do cônjuge ou parentes, em linha reta ou colateral até segundo grau, e ainda aceito documento firmado pelo doador em vida, com a assinatura de duas testemunhas. Este sistema de consentimento também é adotado em outros países como nos Estados Unidos da América e Inglaterra, dentre outros (DINIZ, 2006).

A Lei da Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos dispõe também sobre a obrigatoriedade da notificação das centrais de transplante, estas que são a níveis estaduais, sempre que houver o diagnóstico de morte encefálica. Entretanto, conforme Bandeira (2001), há a omissão de notificações devido ao alto custo de manter um paciente vivo clinicamente. Fato bastante problemático, pois inviabiliza o transplante que já é escasso, para que se obtenha sucesso é importante que os órgãos sejam retirados antes da degradação hemodinâmica, pois esta compromete o aproveitamento dos órgãos e tecidos para transplante.

Conforme Marinho (2011), no Brasil há uma grande taxa de possíveis doadores, tanto advindos de acidentes automobilísticos, como de ferimentos por armas de fogo. Ocorre que há uma perda elevada neste ínterim, como disposto, uma parte é a recusa de doar por parte da família, basicamente por falta de educação e melhores esclarecimentos, outra parte é por falta de educação dos profissionais da saúde, e ainda há o residual de falhas, tanto médicas, quanto hospitalares.

Há também de se ter ciência da realidade do país frente a situações de interesse econômico, como nas denúncias já mencionadas nesta pesquisa, pois apesar de ter-se número considerável de ocorrências de morte encefálicas, número muito menor é efetivamente notificado as centrais de transplante estaduais (GARCIA, 2006), fator preocupante levando em consideração as mortes em filas de esperas.

Se a há então oferta, o que ocorre neste caminho que a demanda não está sendo suprida é que há fatores como o difícil estabelecimento de diagnóstico seguro de morte cerebral, o financiamento da localização e captação de órgãos, a natureza geográfica brasileira, convicções religiosas, educação e ainda convicções morais (BERLINGUER e GARRAFA, 2001). Tais pontos não são pontos de recusa dos familiares, que ainda serão abordados, mas sim, uma falha clara do sistema de controle brasileiro.

Ainda, há as contraindicações médicas ou não permissão após a realização de exames clínicos, e um outro fator apontado por Clemente

(2008) é de que a legislação brasileira ao determinar a doação informada naturalmente ajudou na barragem do sistema.

### **3. DA TOMADA DE DECISÃO FAMILIAR E DA NECESSIDADE DA EDUCAÇÃO**

Pode parecer um gesto simples de amor e solidariedade visto socialmente, mas o ato da aceitação de doação de órgãos de um ente querido vai muito além disso, pois depende do consentimento sobre a vida de outrem, no momento mais delicado que se possa enfrentar, sua morte, assim interrompendo sua trajetória construída até ali (ALENCAR, 2006), portanto o dever de respeito para com os entes familiares é tão importante quanto ao tratamento de qualquer outro paciente.

Como devidamente legislado, só há a possibilidade da doação de órgãos e tecidos com a aceitação do cônjuge ou familiar de até segundo grau, assim acaba sendo determinado então um entrave a realização de transplantes, sendo este critério apontado como um dos fatores determinantes pela escassez de doações (JACOB et al, 1996), tendo em vista ainda a demanda crescente de receptores em listas de espera.

Estudos apontam que o debate anterior, ou seja, em vida, e a discussão social sobre o assunto tema desta pesquisa, tem papel importante na alteração de consentimento por parte de familiares (CONESA, 2005). Ocorre que quando há uma opinião formada sobre determinado assunto, sabendo da vontade e da relevância social, é mais tendencioso que mesmo na hora da dor se mantenha o posicionamento, sendo assim extremamente relevante a implementação da educação e políticas públicas, sendo ainda que estudos comprovam que quanto maior o nível de escolaridade maior a aceitação sobre a doação de órgãos.

Tem-se também o perfil mais propenso a rejeição do transplante, que seria tido como pessoas acima dos quarenta e cinco anos de idade, com baixo nível de escolaridade, independentemente do sexo e que não entende ou não aceita o conceito de morte encefálica. Pode ocorrer também da influência de parceiros contra a doação, ou no geral contra a manipulação do corpo humano, as vezes até mesmo em vida (MARTINEZ; MARTI; LOPEZ, 1995). Há ainda relevante ponto que diz respeito a não confiabilidade do sistema médico hospitalar brasileiro.

A necessidade da educação sobre o tema doação de órgãos e tecidos

dos, não se faz presente apenas no campo populacional, como também na educação dos profissionais da saúde que trabalham efetivamente com o transplante. Pesquisas da própria área médica evidenciam que o baixo conhecimento da saúde, em geral, sobre as especificidades para a doação e transplante de órgãos afeta significativamente a captação de órgãos (AMARAL et al, 2002).

Outro estudo relevante sobre o mesmo tema referente a educação foi desenvolvida na Espanha, o qual dispôs que das pessoas favoráveis ao transplante, apenas sete por cento receberam informações de profissionais de saúde, sendo tal percentual baixíssimo. Ainda, quando o paciente ouvia ou recebia notícias negativas quanto a doação de órgãos diretamente dos profissionais da saúde, sua aceitação diminuía, por outro lado quando a notícia fornecida era positiva, os índices de aceitação eram muito maiores, tornando-se mais provenientes que as de outras formas (TRAIBER; LOPES, 2006).

Tendo em vista a cadeia natural da doação e transplante, são os profissionais de saúde os primeiros a introduzirem a temática com os familiares, na abordagem *post mortem* (SILVA, 2004), sendo assim tem-se a importância da correta abordagem, e a necessidade de pleno esclarecimento dos profissionais com relação a todas as etapas do transplante, para que possam elucidar da melhor forma possível todas as dúvidas que vierem a existir.

Resta claro a importância da educação da população e profissionais de saúde, pois o consentimento por parte dos familiares não depende exclusivamente de uma convicção pessoal, é uma tomada de decisão, e para que isto ocorra muitos são os fatores, internos e externos, que corroboram para que isto aconteça de forma positiva ou negativa. Há também outro fator importante com relação a rejeição de órgãos e tecidos aptos para o transplante, quer se dá pela classificação incorreta, reforçando assim a importância do desenvolvimento do estudo (ESPÍNDOLA et al, 2007).

A educação leva a um ponto central, o debate tanto quanto com familiares, quanto no meio de convívio social. O estímulo ao debate é sempre favorável e importante para o desenvolvimento de um raciocínio lógico fundamentado e estruturado.

No mesmo diapasão algumas prefeituras de cidades do Estado do Paraná se uniram em uma campanha que incentivava o envio de uma mensagem aos familiares se posicionando a favor da doação. A campanha

é intitulada como “Diga sim em vida!” e estimula a abertura do diálogo familiar sobre o assunto, o que é fundamentalmente importante.

Acerca dos principais fatores contributivos para o baixo índice de aceitação por parte das famílias de pacientes com morte cerebral, foi realizado uma pesquisa, em uma Organização de Procura de Órgãos no município de São Paulo, e apresentado resultados importantes por Moraes e Massarollo (2009), artigo que foi utilizado como base para a fundamentação e exposição de motivos a seguir.

A busca primordial é que entendendo os motivos de recusa pode-se tentar desenvolver soluções relativos aos problemas ocorrentes na comunicação entre médico e familiar, na hora da importante tomada de decisão relativa à doação de órgãos. Obter informações para que possa se reagir adequadamente aos mais variados tipos de justificativas que mais comumente ocorrem é fato importante para uma lista interminável de espera.

Com a obtenção de respostas há possíveis avanços no campo da ética que podem ser utilizados para a formação de técnicas adequadas de abordagem e esclarecimentos necessários, trazendo elementos que humanizam o atendimento familiar, visando a contribuição para o aumento de autorizações para doação e transplante de órgãos.

Quanto aos principais motivos da recusa da doação para o transplante aparece a crença religiosa. Com relação a este dispositivo temos um equívoco por parte da população, pois a maioria das religiões não se opõe a disposição do corpo *post mortem*, deixando o indivíduo livre para decidir por si só. Algumas das religiões ainda apoiam a decisão, como o protestantismo, espiritismo e seicho-no-le.

Uma cultura que não apoia explicitamente a doação de órgãos é a cigana, devido à crença de que o corpo humano, precisa estar completamente conservado, pois em um ano após a morte o espírito volta a habitar o mesmo corpo. Testemunhas de jeová também não se opõem tanto na doação quanto no recebimento de órgãos, desde que todo o sangue seja devidamente drenado antes do transplante. Por fim, algumas religiões como a grega ortodoxa e o judaísmo são contra a doação do corpo e órgãos a pesquisa, mas não se opõem quanto a doação para salvar a vida de outro ser humano.

Outro motivo da recusa familiar recorrente é a esperança de um milagre. Este está intimamente relacionado com a fé e crenças pessoais de

cada familiar, seria a crença na ressurreição, ou em um mal-entendido, no fundo se resume a esperança, neste caso, falida.

A recusa também se deu fundamentada na não compreensão do diagnóstico da morte encefálica, ou talvez, novamente na esperança de reversão do quadro. Fato relevante neste ponto primeiro diz respeito a educação, é fundamental entender e aceitar que a morte cerebral é morte, o que dificulta acreditar é ver o ente querido respirando e com o coração batendo, pois fomos condicionados a pensar que a morte ocorre com a parada da passagem de ar ou com o fim dos batimentos cardíacos.

A educação seria relevante nesta fase, para que se entenda que há sinais vitais mantidos unicamente por aparelhos. Ainda há, como mencionado anteriormente, o sinal de Lázaro, que dificulta mais ainda na tomada de decisão. Ocorre que ver uma pessoa com morte cerebral mantida clinicamente é como ver uma pessoa internada, sendo assim autorizar a doação de órgãos pode ser comparado a decretar a morte daquela pessoa, acelerando o curso natural da vida.

A não aceitação da manipulação do corpo, é fundamento de algumas famílias para a não aceitação da doação de órgãos. Esta se baseia também em crenças e convicções divinas, de que o corpo é templo sagrado de Deus, e sendo assim é, portanto, intocável.

Saindo do campo do divino, talvez caiba aqui a explicação de que muitas vezes o medo da desfiguração sobressai, o que pode ocorrer é o medo da mutilação. Este não é relacionado somente a parte estética do morto, mas também com sua integridade do corpo.

Além destes, foi também citado o medo da reação familiar perante a aceitação da doação de órgãos e tecidos. Neste ponto adentramos em demais problemas familiares, a falta de respeito para com as decisões e escolhas do próximo.

O caso relatado em questão é o de uma mãe que perdeu um filho e gostaria de doar os órgãos, ela, quando questionada pelos médicos era favorável a doação, ocorre que o pai, então marido da senhora, descrito como uma pessoa violenta e brava, era contrário à doação, e ele não aceitaria pacificamente a decisão tomada pela mãe, então, devido ao medo da reação dele, decidiu por não doar os órgãos do filho.

Aqui temos que caso o doador fosse menor de idade, ambos os pais deveriam autorizar a doação, mas em caso de maioridade apenas o res-

ponsável no hospital, desde que cônjuge ou parente em linha reta até quarto grau, torna-se o responsável por deliberar ou não a doação.

Um outro fator resultante de negativa foi a inadequação na informação e a ausência de confirmação de morte encefálica. Neste caso temos novamente a inaptidão do profissional da saúde, no caso específico da informação da morte ao familiar, por lei, é o médico, no ato da informação não soube transmitir a realidade dos fatos e situação vivenciada pelo paciente aos seus familiares.

Aqui outro ponto importante a ser considerado foi a atitude do médico ao falar com o ente familiar antes da comprovação da morte encefálica, que pode ter ocorrido exatamente por economia hospitalar, então caso o posicionamento fosse favorável a doação seriam realizados os exames para o diagnóstico de morte cerebral e caso fossem contrários, não precisaria passar pela realização de tais exames.

A correta sequência, de modo simplificado, para verificação de morte encefálica até que se chegue na abordagem médica para a doação de órgãos e tecidos se inicia com a constatação da lesão neurológica conhecida e documentada, além de ser imprescindível a ausência de efeito residual de sedação ou bloqueadores neuromusculares.

Então se inicia o preenchimento do termo de constatação de morte encefálica, é realizado todos os exames pertinentes a doação, como os exames bioquímicos, físicos, de imagem e de atividade elétrica, e então comunicado a morte encefálica a Organização de Procura de Órgãos e Tecidos e ao Sistema Estadual de Transplante.

Só após o resultado dos exames e a realização do teste de apneia, o qual constata a ausência de drive respiratório do paciente, que a família é então informada.

Ademais, tem-se a desconfiança na assistência médica e o comércio ilegal de órgãos como fundamentação para a recusa da doação. Este é outro ponto fundamentado na falta da educação como um todo, o comércio de órgãos realmente existe, mas seria desfalcado com o aumento de número de doadores, pois a demanda diminuiria muito, e isso só se seria possível de alcançar através da educação. Assim, ao invés de doações em vida, tráfico de pessoas, e remoção ilegal de órgãos, poderíamos baixar as filas de forma realmente justa e indiscriminada apenas com órgãos de pessoas pré-mortas.

A inadequação no processo de doação também foi apontada como motivo de recusa de aceitação de doação. Exemplo claro disto é quando o médico pergunta sobre a doação antes de realizar os exames de confirmação de morte encefálica, ou ainda quando os exames correlatos e vem condicionado a anterior aceitação da família. Isto demonstra precariedade de atendimento por parte do Sistema Único de Saúde, e crime parente aos hospitais que se prestam a este serviço.

É realmente inaceitável a exigência de que se assine posicionando-se favorável a doação de órgãos e tecidos de ente familiar, sendo que ainda não foi devidamente confirmado a morte encefálica.

Quando o desejo do falecido, manifesto em vida, era de não ser um doador, e a família decide respeitar tal decisão também foi um dos fatores apontado para a não doação. Este é o mais puro e genuíno ato de recusa, pois é onde se respeita a vontade do morto, só assim pode-se esperar uma sociedade melhor e mais justa, assegurando os direitos da personalidade.

Por fim, tem-se como fato relevante para a opção de não doação de órgãos o medo da perda de ente querido, fato este que não se alterará pela aceitação ou não da doação de órgãos e tecidos.

Tem-se que então a recusa familiar dá-se por diversos motivos, mas basicamente se relacionam a valores e crenças, tanto religiosos, quanto puramente morais, a falta de compreensão de diagnóstico de morte encefálica e inadequações ocorridas nos processos de transplante.

O ente familiar é quem toma a decisão da aceitação da doação, para este ente é de grande responsabilidade assumir a decisão *post mortem* muitas vezes sem saber ao menos qual seria a real vontade do então morto. Tendo-se que a falta de esclarecimento é o que gera a maior angústia com relação ao tomador da decisão (MORAES e MASSAROLLO, 2002).

E quando a relação é médico paciente, como em emergências, o médico decide pelo que salvará a vida, portanto não está condicionado a aceitação. Mas nem o médico pode dispor da vida do paciente obrigando-o a aceitar tratamento terapêutico, nestes casos responde integralmente o paciente por si só. Mas avisá-los quanto a duração e riscos cirúrgicos é um dever do profissional da saúde, além de, claro, riscos de sua sobrevivência (GOGLIANO, 1993, p.148).

Percebe-se também a falta da postura ética médica, tanto com relação a procedimentos técnicos, quanto no dever de humanização da in-

formação, apoio e acolhimento das famílias, em momento de tamanho sofrimento, independentemente de serem ou não doadoras.

Tem-se então que a única força capaz de alterar tal realidade fatídica é a educação. Seja realizada por meio de campanhas, implementação de políticas públicas, cursos de extensão e preparação dos profissionais da saúde, e principalmente, o incentivo ao debate, em todas os círculos da vida, com a intenção de abertura a novas possibilidades e discussões, podendo tornar-se novas verdades.

Após a realização do processo de diagnóstico de morte encefálica, tem-se a abordagem com o ente familiar que responderá pelo paciente. Esta entrevista é realizada pelo médico, ao cônjuge ou parente até segundo grau, em um local apropriado e fora da presença do doador. Esta é uma das etapas mais importantes na cadeia da doação e transplante de órgãos, pois envolve aspectos emocionais, éticos e legais (GUARINO, 2005).

A entrevista envolve inicialmente comunicar a morte do paciente (ROZA, 2005), por isso deve se ter um cuidado especial com o local e a forma como o assunto será tratado, pois além de informar, o profissional deve realizar um pedido, em momento tão delicado, e esperar que se considerem as possibilidades antes de uma resposta definitiva.

Os profissionais da saúde devem, além de realizar uma comunicação e um pedido, dar apoio a família, e saber elucidar todos os questionamentos, apontando sempre os pontos positivos e negativos do transplante para o possível doador, como também a expectativa de mudança de vida ao receptor.

Há três fases no processo de doação que inviabilizam o transplante, primeiramente seria a não identificação dos potenciais doadores, isso se dá pela não realização dos exames, ou a realização tardia, não configurando assim o diagnóstico de morte encefálica. A segunda situação seria a falha na solicitação da doação, que neste caso recai aos médicos, pela falta de preparo. E a terceira se dá pela recusa familiar, independente da motivação (GORTMARKER et al., 1996).

De acordo com Garcia (2000), a taxa de recusa familiar brasileira deu-se em mais de 40% dos casos, sabendo que para os padrões internacionais esta taxa é de no máximo vinte por cento, tendo então que a recusa familiar é uma das mais relevantes causas de não efetivação da doação, fator preocupante para as milhares de pessoas na fila de espera por um órgão ou tecido.

A compreensão da morte encefálica, é para muitas famílias, um ponto de relevância extrema, mesmo que inconscientemente. Entende-se que ao ver o paciente, o ente querido pode sentir seu coração bater, seu pulso, temperatura corporal, dificultando o entendimento de que ele está morto (SIMINOFF et al, 2003), o que o mantem são os aparelhos, para assegurar sua hemodinâmica.

Tendo isso em vista, a aceitação para o transplante ou a aceitação para o desligamento dos aparelhos pela família, acabam com as expectativas de uma possível recuperação, finalizando assim a esperança, e ao mesmo tempo acabando com o sofrimento vivenciado até então, diante do prolongamento infrutífero da vida.

Por não ser o conceito de morte mais aceito e difundido culturalmente, a morte encefálica necessita de base para ser creditada. A realização do exame de constatação é fundamental e a correta explicação aos entes familiares, pois a imagem que eles veem é de um paciente que possui as características de uma pessoa viva, ainda que ligado a aparelhos, fato este, muitas vezes não compreendido ou não aceito mesmo que inconscientemente pelo familiar.

Aqui também é importante a transparência que lhe é transmitida. Quando não se há motivos de desconfiança dentre relação profissional paciente, mas mais que isso, há real confiança, torna-se mais fácil a aceitação de morte, ainda que tenha batimentos. A confiança na palavra profissional tira a carga de possível aceleração da morte das mãos do familiar.

Quando a equipe dos profissionais de saúde foca em apenas receber as doações e realizarem a parte técnica, pioram o quadro, acabam excluindo do rol de cuidados a empatia com o familiar que perdeu muito mais que um paciente, mas um pai, uma mãe, um filho. Assim, quando há uma humanização do atendimento como um todo, há o interesse do profissional para as pessoas em si, e não apenas em receber um órgão ou tecido para ajudar outro paciente, assim enxerga o familiar como também uma pessoa necessitada de atenção e respeito em momento tão complicado.

No momento do recebimento da notícia da morte encefálica, há muitos sentimentos e emoções envolvidos por parte dos familiares, como bem discriminados por Corbin (1996), como a tristeza, desespero, apatia, sentimento de culpa, dentre outros. Assim, observa-se o quão complexo pode ser uma conversa visando a realização de um pedido em um mo-

mento desses, por isso o tempo disponibilizado é de fundamental importância no processo da tomada de decisão.

Há relatos de familiares que tornam possível a compreensão do quão problemático pode ser o contato médico-familiar, pois a única percepção destes é de que o interesse maior do médico é de conseguir órgãos para transplantes e não salvar a vida do paciente (BOUSSO, 2006), ou ainda de que a assistência dada aos familiares cessa com a percepção de possível negativa de doação, fazendo com que apareça o sentimento de uso (MORAES, 2007).

A insatisfação dos familiares com o atendimento de saúde em geral transcende a questão da doação e transplante de órgãos e tecidos, o que torna mais grave a situação, pois já vem de uma relação de estresse e desgaste, pela falta do fornecimento de informações ou do trato em situações cotidianas (ROZA, 2005), tornando-se ainda mais difícil a comunicação e pedido final.

Possíveis soluções simples poderiam ser praticadas, como uma manutenção de apoio familiar, fazendo com que a família do possível doador realmente se sentisse acolhida e segura, sanando todas as possíveis questões e estando a disposição independente de tendência ou escolha final. A manutenção e o cuidado com o corpo do paciente também são importantes, demonstrando o cuidado e respeito, permitindo assim o acesso familiar, e a entrega do corpo em boas condições após a realização da remoção de órgãos (JOHNSON, 1992).

Por fim, há um ponto muito relevante que dispõe Moraes (2007), seria o de que diante da aceitação ou da negação da doação de órgãos e tecidos realizada pelo familiar, o tratamento deve permanecer o mesmo, de forma íntegra e empática, até a entrega do corpo. Ocorre que se pode alterar a percepção da pessoa sobre o assunto, assim gerando muitos benefícios, tanto para futuras doações ou mesmo que para a estimulação da confiança dos processos da saúde e debates construtivos sociais, originados a partir de uma experiência positiva.

## CONCLUSÃO

O presente artigo analisou a doação e transplante de órgãos, ainda que *post mortem* seja um tema que traz bastante divergências até mesmo no campo ético e político. O fato é que seu estudo é de grande relevância

social, principalmente no âmbito legislativo, devido ao fato do número de possíveis doadores ser realmente alto, então é importante encontrar a falha no processo de doação, para que se possa diminuir maximamente as negativas familiares que vem ocorrendo.

Conforme amplamente demonstrado, a doação de órgãos e tecidos ainda enfrentam barreiras como o altíssimo índice de recusa pelos familiares, a falta de instrução através de políticas públicas e a falta de debate, estimulando a normalização, tendo como as principais hipóteses a não aceitação de morte encefálica, fato que só poderia ser revertido com o estudo, a falta de tática aplicada pelos profissionais de saúde, ao não demonstrar empatia e tratamento psicológico necessário a tal momento de vida e, também, a negativa por crenças e padrões éticos dos familiares dos próprios pacientes.

A primeira parte do artigo apresenta os conceitos imprescindíveis ao entendimento do transplante e as questões éticas da aceitação ou não da doação de órgãos e tecidos, interligando-os aos direitos fundamentais da personalidade, levando em consideração se são respeitados e assegurados ou não o direito da personalidade *post mortem*, constatando por fim, que a atual legislação de doação de órgãos e tecidos não garante os direitos da personalidade sobre o próprio corpo sem vida.

Em contraponto, há legislações estrangeiras já adotam o sistema do consentimento presumido, o qual foi tentado adotar no Brasil, mas houve veemente recusa populacional, gerando uma barreira a mais para qualquer um que pretenda legislar sobre o tema.

Na segunda parte tem-se a discriminação do histórico, e as alterações legislativas pátrias e como se deram na realidade dos fatos, sendo a legislação efetiva atualmente no campo teórico, mas não supre grande demanda necessária por órgãos e tecidos na prática.

Por fim, na terceira parte, é tratado a importância da tomada de decisão familiar e quais os fundamentos de recusa, tendo debatido a importância da educação populacional e profissional sobre o tema, da doação de órgãos.

Observou-se que a recusa familiar dá-se por diversos motivos, mas basicamente se relacionam a valores e crenças, tanto religiosos, quanto puramente morais, a falta de compreensão de diagnóstico de morte encefálica e inadequações ocorridas nos processos de transplante, fatos que foram demonstrados muitas vezes controversos no decorrer da presente

pesquisa, acreditando que o ato mais puro e genuíno de recusa se dá quando se realiza a vontade do morto, assim forma-se uma sociedade melhor e mais justa, assegurando os direitos da personalidade *post mortem*.

Chega-se então à conclusão de que a falta de educação e debate sobre o tema limita a capacidade de interação dos indivíduos, limitando os pensamentos críticos sobre a doação, fazendo com que a hora da decisão se torne um fardo a ser carregado, as vezes durante toda a vida, o que poderia ser evitado, com uma melhor conscientização do tema, através da educação.

Pode-se constatar que ainda hoje, há muita divergência e resistência a aceitação de doação e transplante de órgãos e tecidos, mas ainda não se encontram motivos plausíveis, ou ao menos, não se encontraram motivos irrefutáveis para não se considerar a hipótese de se fazer a doação de órgãos e tecidos a serem retirados da pessoa falecida.

Neste trabalho procurou-se ressaltar a importância da vida, do respeito e da comunicação não violenta, interligados com a importância da aceitação da doação de tecidos e órgãos, que vem atrelado a uma boa educação e difundido culturalmente, com a proteção dos direitos do corpo e da personalidade, como em atos de última vontade, protegido pelo ordenamento jurídico, visando o direito de tratamento como ser humano digno.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, S.C.S. **Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores**. 161 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná. Paraná, 2006.

AMARAL, A.S. et al. *Knowledge of organ donation among one group of Brazilian professors of medicine*. Transplantation Proceedings, Houston, v.34, n. 2, p. 449-450, mar. 2002.

AMARAL, F. **Direito civil: introdução**. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BANDEIRA, A.C.P. **A questão jurídica do consentimento no transplante de órgãos**. Curitiba: Juruá, 2001.

BERLINGUER, Giovanni. GARRAFA, Volnei. **O Mercado Humano**. 2 ed. Brasília. UnB, 2001. BOUSSO. R.S. **Um tempo para chorar: a família dando sentido à morte prematura do filho**. Tese. Escola de

Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2006.

BRASIL. **Código Civil**. Lei nº 10.406/02, 55 ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

CHAVES, A. **Direito à vida e ao próprio corpo: intersexualidade, transexualidade, transplantes**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

CLEMENTE, I. **O drama do transplante de órgãos**. Época n. 533, p. 102-106, 4 ago. 2008.

Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *A definition of irreversible coma*. JAMA. 1968; 205: 337-40.

CONESA, C. et al. *Influence of different sources of information on attitude toward organ donation: a factor analysis*. Transplantation Proceedings, Houston, v.36, n. 5, p.1245-1248, jun. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Resolução nº 1.246/88. Brasília: 1990.

CORBIN, D. CASTELLAN, F. CASTELLANI, J.L., GALLARD, V. LHUILLIER, D. LUCIANI, H., et al. *Support for donor families: the need for a structure and psychiatric help*. Transplant Proc. 1996.

DINIZ, M.H. **O estado atual do biodireito**. 3. ed. São Paulo: Saraiva 2006.

ESPÍNDOLA, R.F. et al. **Conhecimento de estudantes de medicina sobre o processo de doação de córneas**. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia, São Paulo, v.70, n.4, p.581,584, jul./ago. 2007.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 7 edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2004.

FRANÇA, G.V. **Comentários ao código de ética médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

FURLAN, Alessandra Cristina. ESPOLADOR, Rita de Cássia Resqueti Tarifa. MAZIERO, Karina Matos Cunha. **Disposição de Órgãos para Transplante**. Revista de Ciências Jurídicas. v.11, n. 1, 2010. Disponível em < <https://revistajuridicas.pgsskroton.com.br/article/view/966>>. Acesso em: 20/05/2022.

GARCIA, V.D. **A política de transplantes no Brasil**. Revista da AMRIGS. Porto Alegre, 50 (4), p. 313-320, out-dez. 2006.

GAGLIANO, P.S.; PAMPLONA FILHO, R. **Novo curso de Direito Civil – parte geral: contém análise comparativa dos Códigos de 1916 e**

2002. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

GEDIEL, J.A.P. **Os transplantes de órgãos e a invenção moderna do corpo**. Curitiba: Moinho do Verbo, 2000.

GELAIN, I. **A conformação de uma nova ética na enfermagem**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 42, 1990, Natal. Anais Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1990. p.114-118.

GOGLIANO, D. **Pacientes terminais: morte encefálica**. Bioética, v.1, p.145-56, 1993.

GORTMAKER, S.L. BEASLEY, C.L. BRIGHAM, L.E. FRANZ, H.G. GARRISSON, R.N. LUCAS, B.A., et al. **Organ donor potential and performance: size and nature of the organ donor short fall**. Crit Care Med. 1996.

GUARINO, A.J. **Stress e captação de órgãos: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros**. Dissertação. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005.

JACOB, F. et al. **Regional awareness campaign concerning organ sharing**. Transplantation Proceedings, Houston, v.28, n.1, p. 393, 1996.

JOHNSON, C. **The nurse's role in organ donation from brainstem dead patient: management of the family**. Intensive Crit Care Nurs. 1992.

LAMB, D. **Transplante de Órgãos e Ética**. Tradução de Jorge Curbelo. São Paulo. Hucitec. 2000.

LANA, M. T. L. **Direito da personalidade: aspectos jurídicos dos transplantes de órgãos e tecidos humanos**. In: JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFMG, 3., Belo Horizonte. Livro de resumos. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1994. p. 7.

LIMA, Elenice Dias Ribeiro de Paula. MAGALHÃES, Myrian Biaso Bacha. NAKAMAE, Djair Daniel. **Aspectos ético-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 1997, v. 5, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11691997000400002>>. Acesso em: 20/05/2022.

MARINHO, A. **Transplantes de órgãos no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, v. 11, n. 3, p. 120-122, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13224>. Acesso em: 20/05/2022. MARTINEZ, J.M.; MARTI, A.; LOPEZ, J.S. **Spanish public opinion con-**

**cernig organ donation and transplantation.** Medicinal Clinic, Barcelona, v. 105, n.11, p.401-406, 1995.

MIGLIORE, Alfredo Domingues Barbosa. **Direito além da vida: um ensaio sobre os direitos post mortem.** São Paulo. LTr, 2009.

MORAES, Edvaldo Leal de. **A Recusa Familiar no Processo de Doação de órgãos para Transplante.** Dissertação. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

MORAES, Edvaldo Leal de. MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. **Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores.** Acta Paulista de Enfermagem. 2009, v. 22, n. 2. p. 131-135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200003>>. Acesso em: 20/05/2022.

MORAIS, Taise Ribeiro. MORAIS, Maricelma Ribeiro. **Doação de órgãos: é preciso educar para avançar.** Saúde em Debate. 2012, v. 36, n. 95, pp. 633-639. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ck6LW4TkDqNpY88YwZ4dPVq/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 20/05/2022.

PESSINI, L. **Bioética: um grito por dignidade de viver.** 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2007.

ROCHA, M.I.M. **Transplantes de órgãos entre vivos: as mazelas da nova lei.** In *Revista dos Tribunais*. São Paulo, v. 742, p. 67-80, ago.1997.

ROZA, B.A. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação.** Tese. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. 2005.

SILVA, R.P.P. **Doação de órgãos: uma análise dos aspectos legais.** In SÁ, M.F.F. (Coord.). *Biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002, p. 399-437.

SILVA, J.N. **Identificação e notificação de doadores de órgãos e tecidos em Terapia Intensiva.** 2004. Monografia. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

SIMINOFF, L.A. MERCER, M.B. ARNOLD, R. **Families' understanding of brain death.** *Prog Transplant*. 2003.

TRAIBER, C.; LOPES, M.H.I. Educação para doação de órgãos. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 16, n. 4, p.178-182, out./dez 2006.

