

CASO CLÍNICO

Délio José Kipper

William Saad Hossne

Esta secção destina-se a discutir os aspectos éticos envolvidos em condutas adotadas em casos clínicos, de preferência reais. Faz-se a descrição de um caso clínico solicitando-se a opinião de profissionais reconhecidamente competentes. Para garantir a utilidade social e acadêmica da secção, os responsáveis solicitam e agradecem a contribuição dos leitores.

Espera-se receber casos reais para discussão, comentários relativos às posições dos profissionais selecionados e informações que possibilitem o exame ético dessas mesmas posições.

Observação: Este caso foi encaminhado pela Dra. Amara Mahmud Said Shuquair (Médica Clínica do Hospital Regional de Sorocaba-SP).

Diferente é o princípio adotado na maioria dos países desenvolvidos, predominando a chamada doação presumida, ou seja, na inexistência em vida de manifestação contrária à doação, os órgãos podem ser retirados, obviamente também apenas após verificada a morte encefálica.

No caso em tela há menção clara de que a família foi consultada e autorizou a doação. No entanto, tal decisão foi revogada porque um dos parentes adentrou a sala cirúrgica durante o procedimento de retirada de órgãos e, ao constatar batimentos cardíacos no monitor, presumiu que seu familiar ainda estava vivo e que presenciava um trágico "erro médico" .

A discussão prende-se seguramente à qualidade da informação dada aos familiares quando da obtenção da autorização para retirada de órgãos.

Somos todos sabedores do impacto emocional que em nossa cultura representa a morte. Por mais vivido e experiente que seja o profissional médico, por mais habituado que esteja a presenciar a morte de pacientes, de modo mais ou menos freqüente em função da sua prática profissional, ainda assim não há quem consiga permanecer insensível ao chamado êxito letal. Imagine-se a grandeza desse impacto sobre o psiquismo de leigos, especialmente quando envolve familiares e quando atinge pessoas jovens e hígdas, como no caso em discussão. A enormidade dessa dor só pode ser realmente compreendida por quem já a viveu.

Histórico

Homem de 30 anos de idade, politraumatizado em virtude de acidente automobilístico, dá entrada em pronto-socorro. Os médicos plantonistas da clínica médica e da neurologia, por meio de exames clínico e eletronecefalográfico, constataram que o paciente estava em estado de morte encefálica, apesar de ainda apresentar batimentos cardíacos.

Imediatamente, a médica clínica entra em contato com o setor de Nefrologia para avaliar a viabilidade do aproveitamento de órgãos da vítima para transplante renal. O nefrologista, após informar a família do acidentado, consegue autorização para doação de órgãos.

Logo após, a vítima é transferida para outro centro hospitalar onde seriam retirados os órgãos destinados aos fins propostos. Nesse centro, após a realização dos exames laboratoriais necessários para o procedimento, é chamado um dos pacientes renais crônicos cadastrados para transplante, julgado compatível para a recepção do órgão.

Durante os procedimentos cirúrgicos de retirada dos rins do doador a família revoga o consentimento anteriormente dado e decide contrariamente à manifestação anterior, alegando que um dos parentes da vítima, ao entrar na sala cirúrgica, observara que o monitor instalado acusava batimento cardíaco do acidentado, o que o levou a supor que seu familiar ainda se encontrava vivo e que tinha ocorrido um erro médico.

Comentários

Nei Moreira da Silva - Conselheiro do Conselho Federal de Medicina.

No Brasil, a retirada de órgãos com finalidade de transplante obedece ao princípio da doação consentida, ou seja,

deve existir manifestação expressa em vida pelo doador. Na ausência desta pode a família autorizar a retirada dos órgãos, uma vez constatada a morte encefálica.

Nessas circunstâncias, é absolutamente necessário que as informações aos familiares quando da busca da autorização para retirada de órgãos sejam dadas de forma clara, serena, em linguagem compreensível e abrangendo todas as fases do processo, desde a constatação da morte encefálica até a conclusão da retirada dos órgãos e recomposição digna do cadáver. Deve-se inclusive garantir aos familiares o direito de ouvir um médico de sua confiança, se for o caso. Assim, o familiar que provocou a celeuma certamente não estava convenientemente esclarecido sobre os critérios para constatação da morte encefálica. Provavelmente os demais familiares também não, pois rapidamente retiraram a autorização previamente concedida. Se estivessem adequadamente esclarecidos certamente teriam não só mantido a autorização como também eles próprios transmitiriam ao parente com dúvidas as informações recebidas.

Outro ponto a considerar é: o que fazer frente à situação prática da revogação pela família da autorização para retirada dos órgãos? Penso que de imediato se deva comunicar tal revogação à equipe que realiza o procedimento, para que interrompa sua atividade ao mesmo tempo em que se renovem as gestões junto a família, procurando esclarecer os pontos duvidosos e aprofundando as explicações sobre o conceito de morte encefálica e qual o real significado dos batimentos cardíacos observados nessas circunstâncias. Caso estas gestões alcancem êxito, o procedimento de retirada poderá ser retomado no ponto em que foi interrompido. Se, porém, esse desiderato não for logrado, deverá prevalecer a revogação da família e o procedimento de retirada encerrado definitivamente, recompondo-se o cadáver que passará a ser considerado como indisponível para doação de órgãos. Evidente que cessam então os motivos para a manutenção da perfusão daqueles órgãos, devendo tais cuidados ser interrompidos de imediato e tão logo possível o cadáver deverá ser encaminhado para o Instituto Médico Legal acompanhado de minucioso relato dos fatos ocorridos.

Finalmente, penso que caberia ainda aos médicos envolvidos no episódio equipe da UTI, da neurologia, de retirada de órgãos e mais suas chefias e direção do pronto-socorro e do Hospital de referência, em conjunto com as suas Comissões de Ética reavaliarem as condutas adotadas no caso em questão, procurando corrigir as falhas que eventualmente foram observadas.

René Ariel Dotti, Professor Titular de Direito Penal da Universidade do Paraná.

1- A doação de órgãos e tecidos

Com o advento da Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, tornou-se legalmente possível a disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo *post mortem* para fins terapêuticos.

A recente Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, ampliou a possibilidade de aproveitamento, para abranger também os fins científicos como se verifica pelo seu art. 1º: "A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo *post mortem* para fins terapêuticos e científicos é permitida na forma desta lei". Em caso de doador vivo, somente é possível o emprego de órgãos, tecidos ou partes do próprio corpo, para fins humanitários e terapêuticos" (art. 10).

2- A morte do doador

Segundo antiga definição, a morte é a "extinção da vida; cessação definitiva de *todas* as funções de um organismo vivo". (Manif e Elias Zacharias, *Dicionário de Medicina Legal*, 2ª ed., IBRASA e Editora Universitária Champagnat, SP e Curitiba, 1991, p. 314).

Ensinam os mesmos especialistas que nos dias correntes, a se declarar, com segurança, a ocorrência da morte, não basta o antigo critério da parada da circulação. "Mister se faz certificar-se ter havido, correlatamente, aquilo que se convencionou chamar de *morte encefálica* ou *morte neurológica*, que vem a ser a abolição total e definitiva das funções do encéfalo, de que dependem, fundamentalmente, todas as demais funções orgânicas". (Ob. e Loc. cit.). **ento da morte (critério médico)**

O diagnóstico de irreversibilidade das funções cerebrais constitui o critério médico da morte (existência da morte cerebral e circulatória) e orienta a cirurgia do transplante (cf. Wanderley Lacerda Panasco, *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*, ed. Forense, RJ, 1979, p. 228).

Como refere Genival Veloso de França (*Medicina Legal*, Editora Guanabara Koogan, RJ, 1991, p. 238), a morte se produz por etapas sucessivas, em determinado espaço de tempo e, por isso, não é ela simplesmente um instante ou momento, como defendem os espiritualistas, "mas um verdadeiro processo. Sabe-se também que os meios disponíveis pela Medicina Legal para precisar a morte, quando no interesse dos transplantes, são precários. Daí surgirem, nos dias atuais, dois conceitos distintos: a *morte encefálica* e a *morte circulatória*".

Esclarece José Adriano Marrey Neto, (*Revista dos Tribunais*, 691/62), que pela primeira vez na recente história dos transplantes, foi estabelecido um critério legal para a constatação da morte. Com efeito, declara o art. 12 da Lei nº 8.489/92: "A notificação, em caráter de emergência, em todos os casos de morte encefálica comprovada, tanto para o hospital público, como para a rede privada, é obrigatória".

A lei, portanto, forneceu um indicador para que a Medicina e o Direito possam atender às peculiaridades desse complexo tema com os critérios objetivos que são providos por ambas as ciências no estágio atual de sua evolução. Em outro artigo, agora escrito juntamente com Victor Pereira, professor de Medicina Legal e Deontologia Médica, o magistrado José Adriano Marrey Neto pondera: "Em síntese, é aceitável sob os aspectos médico e jurídico, a morte encefálica como critério de morte. Todavia, é tal a gravidade do problema, que não se deve transigir com quaisquer cuidados que a possam envolver, entre eles ressaltando-se o esgotamento de todas as providências tendentes à sua verificação e a exigência imperiosa de sua constatação por médicos especializados e do mais elevado sentido ético". (*Revista dos Tribunais*, 681/437).

4- O momento da morte (critério jurídico)

O conceito de morte para os efeitos da Medicina não corresponde, necessariamente, ao conceito em Direito e, especialmente, para os fins penais.

A propósito, o tema foi abordado no julgamento do Recurso Criminal nº 67.296-3, da Comarca de Atibaia, pela 5ª Câmara do Tribunal de Justiça de São Paulo, em 1º de novembro de 1989. (*Revista dos Tribunais* 650/255). O precedente envolve discussão sobre o momento efetivo da morte para se decidir sobre o objeto material do crime de homicídio. Em outras palavras: quando o ser vivo se transforma em cadáver. O problema consistia no seguinte: um médico foi acusado de provocar o homicídio da paciente, em processo "midríase paralítica bilateral" retirando "a sonda endotraqueal responsável pela respiração artificial", embora advertido por testemunhas qualificadas (médicos e enfermeiras) de que a vítima ainda estaria viva.

Por maioria de votos, os desembargadores entenderam que a eventual dúvida sobre a ocorrência da morte, antes que houvesse a retirada de instrumentos destinados a manter a vida artificial, deveria ser resolvida por ocasião do julgamento pelo Tribunal do Júri. Mas, em seu voto vencido, o magistrado Cunha Bueno salientou que o acusado, chegando ao hospital, alta madrugada, diagnosticou a morte cerebral da doente. Referiu-se à Academia Nacional de Medicina da França considerando que uma pessoa cujo coração ainda bate pode ser tida como morta uma vez diagnosticado que o cérebro não recuperará mais o controle das funções vitais. E, mais enfaticamente, no curso de seu pronunciamento, disse: "Ora, a ofendida não respondia a estímulos, não respirava espontaneamente e *apresentava midríase*. Estava morta, portanto. Foi assim que o recorrente encontrou-a. Ante realidade tão clara, tão certa e tão incontroversa, outra não pode ser a conclusão. A denúncia imputou ao recorrente um crime impossível, uma ação atípica, visto ser impossível causar-se a morte de quem já está morto" (*Revista dos Tribunais*, 650/258).

O penalista português Jorge de Figueiredo Dias salienta que "o dever de assistência e tratamento do médico com o conseqüente dever de evitar a produção do evento que a *Olei* tem em vista ao descrever o crime de homicídio, persiste até o momento em que, sobrevinda a morte, termina também a qualidade de homem, juridicamente suposta por aquele crime. O cadáver não é, seguramente, objeto passível de homicídio; mas, até o último sopro de vida, aquela qualidade persiste sem que para tal conclusão revelem o estado de saúde da pessoa, as suas condições de vida ou o seu estado de sofrimento". (*Ciência Penal*, Editora Convívio, SP, 1975, nº 1, p.19). O mesmo autor, no entanto, assegura que, neste particular, o Direito deve ser receptivo às conquistas da Medicina. Vale transcrever: "Claro que nas suas determinações conceituais, o Direito Penal é aqui tão *livre* como em qualquer outro domínio. O que sucede é apenas que, no tocante à determinação do momento da morte para efeitos do preenchimento do crime de homicídio, não se vêem razões especificamente jurídicas que ao contrário do que já pode suceder, p. ex., no tocante à determinação do momento em que se inicia a 'vida', desaconselhem a orientação dos juristas por aquilo que a ciência médica ensina. Compreende-se, pois, que o Direito Penal deva prestar atenção a acolher as alterações que recentemente tiveram lugar na Medicina quanto ao problema da cronotanatognose"... (ob. cit., p. 19/20, nota nº 13).

No caso em exame, os "batimentos cardíacos do acidentado", que foram observados pelo monitor, revelaram que ainda não ocorrera a "cessação *definitiva* de *todas as funções* de um organismo vivo", assim como se conceitua classicamente o fenômeno da morte.

Para o tipo legal de ilícito previsto pelo art. 121 do Código Penal "matar alguém", ainda havia a *qualidade de homem* suscetível da proteção jurídica, apesar de consumada a morte encefálica. Uma recente evidência de tal orientação reside na proposta de isenção de pena para a *ortotanásia*, assim prevista pelo parágrafo 4º do art. 121 do Esboço de Anteprojeto da Parte Especial do Código Penal: "É isento de pena o médico que, com consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge ou irmão, suprime ou deixa de aplicar

terapia destinada a prolongar artificialmente a *vida*, quando não houver esperança de reversão do quadro clínico". O *Esboço* constitui um trabalho elaborado por uma Comissão de Juristas, presidida pelo ministro Evandro Lins e Silva e instituída pela Portaria nº 581, de 14.12.1992, do Ministério da Justiça.

A *ortotanásia*, ou seja, "a ajuda dada pelo médico ao processo natural da morte" (cf. Jorge de Figueiredo Dias, op. cit. p. 21), tem a justificá-la razões científicas e humanitárias. A respeito dessas, assim se manifestou o Papa Pio XII, em *A prolongação da vida*: "É de incumbência do médico tomar todas as medidas ordinárias destinadas a restaurar a consciência e outros fenômenos vitais, e empregar medidas extraordinárias quando estas se acham ao seu alcance. Não tem, entretanto, a obrigação de continuar de forma indefinida o uso de medidas em casos irreversíveis. De acordo com o critério da Igreja Católica, chega um momento em que todo o esforço de ressuscitação deve suspender-se, e não nos opormos mais à morte" (*Apud* Augusto Leon Cechine, *Ética em Medicinal*, cit. por Genival Veloso de França, ob. cit. p. 239).

5- A licitude da retirada de órgãos

Não obstante a divergência conceitual do fenômeno *morte* para os efeitos da Medicina e do Direito, a intervenção cirúrgica para a retirada de órgãos do corpo humano visando o transplante constitui um ato lícito.

Tal licitude decorre de três fontes legislativas: do Código Civil, do Código Penal e da legislação especial. Quanto ao primeiro, declara o art. 160: "Não constituem atos ilícitos: I - os praticados em legítima defesa ou no exercício regular de um direito reconhecido". Relativamente ao Código Penal, o art. 24 descreve os elementos do *estado de necessidade*: "Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se". E, nos termos do art. 23, I do mesmo estatuto, "não há crime quando o agente pratica o fato em estado de necessidade". E quanto à última, a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, *permite*, expressamente, a disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo *post mortem* para fins terapêuticos e científicos.

6- Critérios a serem observados

A licitude da extração cirúrgica depende da obediência a critérios científicos e técnicos que constam da Resolução nº 1.346, de 8 de agosto de 1991, baixada pelo Conselho Federal de Medicina. Nesse documento normativo, se declara que "a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme já estabelecido pela comunidade científica mundial". E, considerando a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência da morte neurológica, são estabelecidos os seguintes critérios: "a) *clínicos*: coma aperceptivo com arreatividade inespecífica, dolorosa e vegetativa, de causa definida. Ausência de reflexos corneano, oculoencefálico, oculoestibular e do vômito. Positividade do teste de apnéia. Excluem-se dos critérios acima, os casos de intoxicações metabólicas, intoxicações por drogas ou hipotermia; b) *complementares*: ausência das atividades bioelétrica ou metabólica cerebrais ou da perfusão encefálica". Conforme, ainda, a Resolução CFM nº 1.346/91, o período de observação desse estado clínico deverá ser de, no mínimo, 6 horas. E, para maior segurança, a Resolução estabelece que a parada total e irreversível das funções encefálicas será constatada por meio da observação desses critérios "registrados em protocolo devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar".

7- A autorização ou a recusa pelos parentes

A revogada Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, autorizava a extração de órgãos para fins terapêuticos, mediante a satisfação de uma das seguintes condições: a) manifestação expressa da vontade do disponente; b) manifestação da vontade, por meio de instrumento público, quando se tratar de disponentes relativamente incapazes e de analfabetos; c) autorização escrita do cônjuge, não separado, e sucessivamente, de descendentes, ascendentes e colaterais, ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelos destinos dos despojos; d) autorização do Diretor da Instituição onde ocorresse o óbito, na falta do responsável legal pelo cadáver. Também para as hipóteses das alíneas a, b e c era necessária a autorização do Diretor da Instituição (art. 3º).

Como se observa, o procedimento concessivo implicava, geralmente, na frustração dos objetivos da lei. Não haveria tempo suficiente para que a intervenção cirúrgica fosse realizada em condições de permitir o transplante.

Com o advento da Lei nº 8.489/92, modificou-se radicalmente o exercício de disponibilidade das partes da pessoa morta. Estabelece o art. 3º que a permissão para o aproveitamento de uma ou várias partes do corpo *post mortem*, "efetivar-se-á mediante a satisfação das seguintes condições: I por desejo expresso do disponente manifestado em vida, por meio de documento pessoal ou oficial; II na ausência do documento referido no inciso I deste artigo, a retirada de órgãos será procedida se não houver manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente". Existe, portanto, uma *autorização presumida* sempre que a esposa, o pai, a mãe ou o filho do

doador não tenham, por escrito ou verbalmente, se manifestado em sentido contrário. As razões para que se dispense a permissão por escrito e, conforme as circunstâncias, por instrumento público, atende a, pelo menos, quatro objetivos: 1º o de solidariedade social, com o procedimento terapêutico visado pelo transplante; 2º o estado de necessidade, quando se trata de salvar a vida de outrem, embora com sacrifício de um direito ou bem de pessoa inocente; 3º o dever ético imposto ao médico de salvar a vida ou a saúde do paciente que necessita do transplante; 4º o de comiseração humana em favor de quem já está morto e não deve ser mantido artificialmente "vivo".

8- As conclusões em torno do caso apresentado

Os médicos plantonistas da Clínica Médica e da Neurologia não pertenciam à equipe de transplante, daí não existir a vedação estabelecida pelo art. 72 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1246/88), ou seja, a de participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador. Não se caracteriza também nenhuma das demais hipóteses em que o Código de Ética estabelece vedações (arts. 73 a 75).

Nos termos da Resolução CFM nº 1.346/91, deveriam os médicos que constataram a morte encefálica do possível doador, promover o registro da constatação em protocolo aprovado pela Comissão de Ética da instituição hospitalar. A manifestação dos parentes esposa, pai (mãe), ou filho (filha) em revogar o ato jurídico da doação não precisaria ser escrita, bastando ser expressa verbalmente para ganhar eficácia. Em relação ao parentesco, a lei deve ser interpretada restritivamente e não ampliativamente. O parentesco, no caso, tanto consanguíneo ou civil, não poderá ir além das pessoas enumeradas pelo inciso II, do art. 3º, da Lei nº 8.489/92.

Se já tiver iniciado o procedimento da extração de órgãos, não existem razões jurídicas para interrompê-lo. Ao contrário, deve a cirurgia prosseguir e ser efetuado o transplante em face da situação de necessidade que é reconhecida não somente como causa de exclusão de um crime como também de exclusão de ilicitude civil, na forma do art. 160 do Código Civil.

A eventual dúvida acerca do procedimento dos médicos que, agindo nos limites éticos e legais procuram realizar a sua missionária obra, deve ser resolvida em favor da vida e da saúde do ser humano beneficiado com o transplante.

E se a voz do doador ainda pudesse ser ouvida, certamente com a autorização viria a reencarnação das palavras de Horácio (65-8 a.C.):

"Não morrerei de todo. *Non omnis moriar*". (Odes, III,30).

William Carlos Nahas. Assistente da Unidade de Transplante Renal da Clínica Urológica do HCFMUSP

O caso em questão ilustra bem uma situação atual e infelizmente comum que muitas vezes põe em risco os programas de transplantes.

O futuro dos transplantes depende fundamentalmente de um esclarecimento junto à população e de um esforço da classe médica para obtenção de órgãos.

Nos últimos anos, com o melhor conhecimento dos mecanismos de imunossupressão e o aparecimento e aperfeiçoamento de novas drogas imunossupressoras é possível a realização de transplantes de múltiplos órgãos; coração, pulmão, fígado, pâncreas, córneas e pele. A melhoria da sobrevivência dos doentes aliada a uma melhora da qualidade de vida faz com que um maior número de pacientes escolha esta forma de tratamento.

O transplante de rim tem como particularidade a possibilidade de doação entre vivos, constitui-se no transplante pioneiro, e foi baseado nele que outras formas de transplantes puderam ser desenvolvidas. Para os demais órgãos, o doador necessariamente precisa ser cadáver. A falta de doadores cadavéricos pode ser ilustrada pelo elevado número de receptores em lista de espera (1200 doentes) que aguardam por um transplante de rim na Clínica Urológica do HCFMUSP.

O primeiro passo para o desenvolvimento dos transplantes é a conscientização da sociedade dos benefícios que se pode obter com a doação de órgãos. Um doador de múltiplos órgãos pode beneficiar de sete a oito indivíduos que aguardam por um transplante, reintegrando-os à sociedade. A compreensão da definição de morte é de fundamental importância; no Brasil e na quase totalidade de outros países, é caracterizada pela ausência de atividade encefálica comprovada por exame laboratorial (eletroencefalograma, carótido-angiografia ecodoppler, ou mapeamento cerebral) e não pela parada de batimentos cardíacos.

No presente caso cometeu-se um erro básico na discussão com a família para obtenção da doação: provavelmente

não lhes foi explicado o diagnóstico da morte, nem o significado dos exames que acompanharam. Essas explicações são necessárias para justificar a emissão do atestado de óbito no momento em que o neurologista comprova a morte encefálica e, conseqüentemente, antes da parada cardíaca.

Tais ocorrências são prejudiciais para o futuro dos transplantes de órgãos. Uma conversa inadequada com os parentes de um possível doador gera dúvidas e pode sugerir que os órgãos estariam sendo retirados de um indivíduo com perspectiva de vida. É um fato grave, que estimula sensacionalismo e confusão, gerando um impacto negativo na sociedade e prejudicando doações futuras.

Geraldo Alckmin Filho - médico, ex-Deputado Federal e autor do projeto de Lei dos Transplantes.

O procedimento dos médicos em questão foi perfeitamente ético e legal. De acordo com a Lei 8.489, de 19 de novembro de 1992, para retirada e o transplante de órgãos, basta um documento assinado em vida pelo doador manifestando esse desejo, ou na falta disso autorização da família do morto.

A retirada de uma ou várias partes do corpo deve ser precedida de prova incontestável de morte encefálica, atestada por dois médicos não integrantes da equipe de transplante. A lei também assegura que o exame seja acompanhado por um médico de confiança da família do falecido.

O caso em questão não deixa dúvidas de que todos os procedimentos legais para a retirada dos órgãos estavam corretos, pois a família autorizou a retirada dos órgãos, após a constatação da morte encefálica pelos médicos plantonistas da clínica, inclusive com o exame eletroencefalográfico.

No entanto, faltaram à família os esclarecimentos a respeito do que significa a morte encefálica. Isto é, faltou explicar que o paciente, de fato, estava morto, pois seu cérebro já não apresentava nenhum sinal vital e que essa situação é irreversível. Os sinais de batimento cardíaco observados por parente doador, durante os procedimentos cirúrgicos permanecem por mais algum tempo após a morte encefálica, mas isso não quer dizer que a pessoa ainda esteja viva.

Conflitos como o do caso em questão ocorrem em função de uma milenar formação cultural das pessoas que sempre entenderam que só ocorria a morte quando parava o coração. Hoje, esse entendimento está superado, pois com as técnicas de reanimação, o coração pode parar e voltar a funcionar, garantindo uma longa sobrevivência ao paciente. Entretanto, quando o cérebro perde seus sinais vitais, não há como reanimá-lo.

Por isso, a família do doador deve ser muito bem informada sobre o que realmente ocorre com as vítimas de morte encefálica. Mas, se mesmo esclarecida a respeito de diagnóstico irreversível, a família não permitir a realização da cirurgia, essa decisão deve ser respeitada.

Lembro, ainda, que por se tratar de uma questão eticamente muito delicada, a nova lei de transplantes foi elaborada com extrema cautela. Ela tem o propósito de estimular as doações *post mortem*, buscando conscientizar a sociedade da importância dos transplantes. Embora as técnicas cirúrgicas e de controle de rejeição estejam muito evoluídas, a escassez de doadores continua sendo a principal barreira para a realização dos transplantes.

Como relator do projeto que se transformou nessa lei, fiz questão de ouvir os mais renomados especialistas em transplantes, bem como as entidades médicas e de representação dos possíveis beneficiários dessa cirurgia. Com isso, procurou-se alcançar o objetivo de fazer com que a doação de órgãos que acima de tudo é um ato humanitário não encontre entraves na legislação.