

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**ASPECTOS BIOÉTICOS ENVOLVIDOS NA OBTENÇÃO DE ÓRGÃOS PARA
TRANSPLANTES:**

A QUESTÃO DO MERCADO ÓRGÃOS

DANIELA ALVES PEREIRA DE ANDRADE

Porto Alegre

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**ASPECTOS BIOÉTICOS ENVOLVIDOS NA OBTENÇÃO DE ÓRGÃOS PARA
TRANSPLANTES:**

A QUESTÃO DO MERCADO ÓRGÃOS

DANIELA ALVES PEREIRA DE ANDRADE

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina: Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas.

Porto Alegre

2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Roberto Ceratti Manfro
(PPGCM-UFRGS)

Profa. Dra. Maria Paz Loayza Hidalgo
(PPGCM-UFRGS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho
(PPG Saúde da Criança e do Adolescente-UFRGS)

Dra. Bruna Pasqualini Genro
(Hospital de Clínicas de Porto Alegre)
Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe, Neuma Alves, que torce a todo momento por mim. Atribuo todos meus sucessos ao ensino moral e incentivo intelectual que recebi dela.

Ao Prof. Dr. José Roberto Goldim agradeço pelo estímulo e orientação neste mestrado e pelo mundo novo que me apresentou ao ter tido a oportunidade de fazer parte do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência (LAPEBEC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Gostaria de nomear todos os integrantes do LAPEBEC, mas para não ser injusta citando apenas alguns, agradeço a cada um dos membros desse grupo pelo companheirismo, amizade, auxílio em todo o processo de elaboração dessa dissertação e, mais, por tornarem o LAPEBEC um espaço colaborativo muito especial.

Ao Prof. Dr. Bruno Ayllón, pelo apoio que me deu nos momentos difíceis, pelos ensinamentos, incentivo e por me fazer ter esperança quando só existia incerteza.

Ao meu amigo Fabricio Bomjardim, que há quase 10 anos de amizade me mostra todos os dias o que é ser amigo de verdade.

À Lucimara Archette por ter acompanhado, mesmo estando longe, todo o processo de desenvolvimento da dissertação e por me mostrar que um sorriso muda tudo.

Ao Prof. Dr. Marcelo Suano por ter insistido para eu fazer o mestrado, pelo auxílio na revisão da dissertação, pelo apoio incondicional, paciência, por ter estado nos momentos mais importantes da minha vida desde que nos conhecemos e por fazer de mim uma pessoa melhor.

É melhor tentar, que preocupar-se
e ver a vida passar,
É melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.

Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.

Prefiro ser feliz, embora louco, que em
conformidade viver...

(Martin Luther King)

A solidariedade é o sentimento que melhor expressa
o respeito pela dignidade humana.

(Franz Kafka)

RESUMO

O tempo de espera para obtenção de órgão para transplante constitui-se num grande problema na área da saúde em todo o mundo. O número de doadores voluntários não cresce na mesma medida da necessidade de órgãos. Diante deste quadro, surgiu um mercado ilícito de órgãos, em que os compradores e intermediadores se dirigem aos países onde há uma porcentagem grande de população vulnerável, objetivando adquirir órgãos de indivíduos vivos, mediante pagamento. Neste contexto, esta pesquisa buscou avaliar e comparar as percepções de profissionais de saúde e da população em geral com relação à forma de obtenção dos órgãos, em especial a abordagem de mercado, e comparar a opção desinteressada com outra opção, que tem a percepção do envolvimento da necessidade pessoal ou familiar para obter órgãos com o fim de transplante, utilizando a abordagem de mercado. Para atender aos objetivos deste estudo foi elaborado um questionário para coletar a opinião dos participantes. Sua distribuição foi realizada pessoalmente, de forma aleatória, e também foi elaborada uma versão eletrônica que foi divulgada via página no facebook, criada exclusivamente para este fim. A análise das respostas obtidas foram discutidas ao nível de 5% de significância e consideradas significativas quando o valor de p foi $< 0,05$. Ao todo, 692 pessoas participaram da pesquisa. Foi identificado que na categoria do profissional de saúde há maior tendência do que entre aqueles que não são profissionais da saúde em discordar dos incentivos indiretos relacionados com a redução de impostos e licença remunerada de 30 dias. Estas foram as únicas associações significativas ligadas aos profissionais da saúde no estudo. A maioria dos participantes (80,1%) concordou que a doação de órgãos deve ser um ato desinteressado e estritamente solidário. Por outro lado, 52% acredita que o mercado poderia ser um sistema justo e benéfico para todos, visando ampliar a possibilidade de realização de transplantes. Em uma situação extrema, de carência absoluta de órgãos, 54,9% dos participantes indicaram que pagariam por um órgão para salvar a sua vida ou a vida de algum familiar. Nesta questão, 24,1% discordaram e 20,2% indicaram que não possuem opinião sobre o assunto.

Palavras – Chave: transplantes, comércio de órgãos, bioética, tráfico de órgãos, tráfico de pessoas, dignidade humana

ABSTRACT

Waiting in a queue for obtaining organ transplant constitutes a major problem in healthcare worldwide. The numbers of voluntary donors do not grow to the same extent of the need for organs. Given this situation, there was an illicit market for organs, in which buyers and intermediaries address the countries where there is a large percentage of low-income population, aiming to acquire organs from living individuals, through payment. In this context, this study aimed to evaluate and compare the perceptions of health professionals and the general public regarding the method of obtaining the organs, especially the market approach and compare the disinterested option with another option, which has the perception of involvement personal or family need for organs for the purpose of transplantation, using the market approach. To meet the objectives of this study, a questionnaire was developed to collect the opinions of participants. Its distribution was held personally randomly and was also prepared an electronic version of the questionnaire was disseminated via facebook page created solely for this purpose. The analysis of the responses were discussed at 5% significance and considered significant when the p value was <0.05 . In all, 692 people participated in the survey. It was identified that the health professional category there are more likely than among those who are not health professionals to disagree on the indirect incentives related to the reduction of taxes and paid leave of 30 days for those who make donations. These were the only significant associations related to health professionals throughout the study. Most participants (80.1%) indicated that agree that organ donation must be a disinterested and strictly act of solidarity. On the other hand, 52% believe that the market for organs could be fair and beneficial system for all in order to extend the possibility of performing transplants. In an extreme situation, absolute shortage of organs, 54.9% of respondents indicated they would pay for an organ to save your life or the life of a family member. On the same question, 24.1% disagreed and 20.2% indicated that they have no opinion on the matter.

Key Words:transplants, organ trafficking, bioethics, human trafficking, human dignity

LISTA DE FIGURAS

Revisão da Literatura:

FIGURA 1 - DESTINOS DO TRÁFICO INTERNACIONAL DE MULHERES E ADOLESCENTES	35
FIGURA 2 - QUEM COMPRA E QUEM VENDE ÓRGÃOS NO "MERCADO GLOBAL"	47
FIGURA 3 - VALORES PAGOS AOS "DOADORES" POR PAÍS	48
FIGURA 4 - REPORTAGEM NO JORNAL ZERO HORA: EMPRESÁRIO GAÚCHO FAZ TRANSPLANTE NA COLÔMBIA.....	53

Artigo de Revisão:

FIGURE 1 - COMPARATIVE DISTRIBUTION OF RESPONSES TO DIFFERENT SITUATIONS	72
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PAÍSES PARTICIPANTES DA CÚPULA DE ISTAMBUL	50
TABELA 2 - LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO, COLÔMBIA, I SEMESTRE 2008-2009	55
TABELA 3 - CONVERSÃO DO PESO COLOMBIANO PARA O DÓLAR COM O CÂMBIO DO DIA 12/12/2008.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO.....	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
CECRIA.....	Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes
CPI.....	Comissão Parlamentar de Inquérito
CNCDOs.....	Centros de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
ECA.....	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA.....	Estados Unidos da América
FCDE.....	Fundação de Caridade de Doenças Especiais
HUWC.....	Hospital Universitário Walter Cantídio
INTERPOL.....	Organização Internacional de Polícia Criminal
MJ.....	Ministério da Justiça
NDM.....	NationalDonor Memorial
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
ONU.....	Organização das Nações Unidas
OPTN.....	OrganProcurementandTransplantation Network
PESTRAF.....	Pesquisa sobre o Tráfico de Mulheres, Meninas e Adolescentes para fins de exploração sexual no Brasil
SIRC-TRANS.....	Sistema Integrado para o Tratamento do Paciente Renal Crônico e do Transplante Renal
SINAN.....	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNJ.....	Secretaria Nacional de Justiça
SNT.....	Sistema Nacional de Transplantes
UNODC.....	United Nations Office onDrugsand Crime
UNOS.....	United Network for OrganSharing
VIVA.....	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes
VIOLES.....	Grupo de Pesquisa sobre Tráfico de Pessoas, Violência e Exploração Sexual de Mulheres, Crianças e Adolescente

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	13
II. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1. ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR INFORMAÇÕES	18
2.2. A HISTÓRIA DOS TRANSPLANTES.....	18
2.3. O TRÁFICO DE PESSOAS.....	25
2.4. O TRÁFICO DE PESSOAS PARA FINS DE EXTRAÇÃO DE ÓRGÃOS	44
III. OBJETIVOS.....	58
3.1. OBJETIVO GERAL	59
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
IV. REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA	60
V. ARTIGO EM LÍNGUA INGLESA.....	65
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
VII. ANEXO.....	81
A. ANEXO I – Instrumento para Coleta de Opiniões sobre Transplantes de Órgãos	82

I. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O tempo de espera para obtenção de órgão para transplante constitui-se em um dos grandes desafios relacionados à área da Saúde e uma constante em diversos países, inclusive no Brasil. O número de pessoas que aguardam um órgão e até mesmo falecem na espera de um transplante aumenta consideravelmente todos os anos, enquanto o número de doadores não cresce na mesma medida da necessidade de órgãos. Diante deste quadro, houve o surgimento de um mercado ilícito mundial de órgãos buscando países onde existe uma porcentagem grande de população de baixa renda e péssimas condições de vida com o objetivo de adquirir órgãos de indivíduos vivos mediante pagamento ⁽¹⁾.

Para que seja possível compreender a amplitude dos aspectos éticos relacionados à obtenção de órgãos para transplante se faz necessário apresentar a definição do que é transplante, seguido da definição existente de Tráfico de Pessoas, Tráfico de Órgãos e Comércio dos Transplantes.

O transplante é definido pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) como *“um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida”* ⁽⁷⁾.

Referente ao tráfico de pessoas, o “Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, especialmente Mulheres e Crianças” (Protocolo de Palermo - 2000) apresenta que:

Art. 3º, “a” – “A expressão “tráfico de pessoas” significa o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de pessoas, recorrendo à ameaça ou uso da força ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou à situação de vulnerabilidade, ou à entrega ou aceitação de benefícios para

*obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra **para fins de exploração. A exploração incluirá, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, escravidão ou práticas similares à escravidão, a servidão ou a remoção de órgãos.***” (Grifos nossos).

O Protocolo de Palermo é o instrumento de maior importância em vigor no plano do Direito Internacional voltado para o combate ao tráfico de pessoas. Ele estabelece diretrizes fundamentais que orientam a criação de leis e a formulação de políticas públicas de prevenção e repressão ao tráfico internacional de pessoas, além de contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem internacional abrangente.

Para a questão do Tráfico de Órgãos a Declaração de Istambul (2008) faz uma adaptação da definição existente no Protocolo de Palermo:

*“O **tráfico de órgãos consiste no recrutamento, transporte, transferência, refúgio ou recepção de pessoas vivas ou mortas ou dos respectivos órgãos por intermédio de ameaça ou utilização da força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de poder ou de uma posição de vulnerabilidade, ou da oferta ou recepção por terceiros de pagamentos ou benefícios no sentido de conseguir a transferência de controle sobre o potencial doador, para fins de exploração através da remoção de órgãos para transplante.**”* (Declaração de Istambul, 2008). (Grifos nossos – Tradução Livre).

Os princípios do Protocolo e da Declaração rejeitam a coisificação do corpo humano, ou seja, reduzi-lo a um meio e apropriá-lo como um objeto. Neste contexto, objetivando impedir que os órgãos humanos sejam considerados como mais uma “mercadoria na prateleira do comércio global” procurou-se esclarecer em Istambul o significado de “comércio dos transplantes”:

*“O **comércio dos transplantes é uma política ou prática segundo a qual um órgão é tratado como uma mercadoria, nomeadamente***

sendo comprado, vendido ou utilizado para obtenção de ganhos materiais”. ⁽³⁵⁾

Além do comércio de órgãos a Declaração procurou esclarecer a questão da circulação de órgãos, doadores, receptores ou profissionais do setor do transplante, diferenciando o que é aceitável (viagens para fins de transplante) e o que não é aceitável (turismo de transplante) nesta logística global:

*“As **viagens para fins de transplante** são a circulação de órgãos, doadores, receptores ou profissionais do setor do transplante através de fronteiras jurisdicionais para fins de transplante. As **viagens para fins de transplante tornam-se turismo de transplantes e envolverem o tráfico de órgãos e/ou o comércio dos transplantes** ou se os recursos (órgãos, profissionais e centros de transplante) dedicados à realização de transplantes para os pacientes de fora de um determinado país prejudicarem a capacidade de prestação de serviços de transplante para a sua própria população”.* ⁽³⁵⁾

As definições apresentam as principais características da abordagem de mercado no contexto jurídico internacional, mas o complexo panorama deste enfoque no mundo faz emergir a necessidade de estudos com objetivo de compreender a percepção da população sobre o mercado de órgãos.

II. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR INFORMAÇÕES

Nesta revisão de literatura buscou-se apresentar os principais aspectos conceituais envolvidos na questão do mercado de órgãos, passando por um histórico da questão dos transplantes, do tráfico de pessoas e um panorama sobre o comércio de órgãos no mundo.

Para a apresentação adequada dos conceitos, a busca foi baseada priorizando a legislação internacional e nacional, pesquisas, livros e relatórios encontrados nos sites de organismos internacionais, com especial foco na Organização das Nações Unidas e, também, nos sites oficiais do governo brasileiro.

Da base de dados SciELO foram selecionados três artigos relevantes para esclarecer os conceitos abordados pela legislação apresentada. Com o mesmo objetivo também foram considerados livros-texto e monografias. Além disso, dois artigos de jornal também foram considerados para ilustrar o determinado conceito apresentado no texto.

2.2. A HISTÓRIA DOS TRANSPLANTES

2.2.1. A Transfusão de Sangue

Na história dos transplantes a questão da transfusão de sangue teve um papel essencial. As primeiras tentativas de transfusão não tiveram sucesso até a descoberta dos diferentes tipos de sangue e suas mútuas compatibilidades ou incompatibilidades.

Em levantamento histórico sobre o sistema de grupo sanguíneo ABO, foi identificado que a primeira transfusão sanguínea direta foi realizada por Richard Lower, médico britânico (1631 – 1691). O procedimento foi realizado na cidade de Oxford, em fevereiro de 1665, com infusão de sangue da artéria cervical de um cão diretamente para a veia jugular de outro. Richard Lower não identificou qualquer alteração nas características ou no comportamento dos cães, o que incentivou a

realização de novos procedimentos transfusionais entre animais da mesma espécie com raros casos de mortalidade. Por outro lado, quando as transfusões eram realizadas entre espécies diferentes a morte era inevitável⁽²⁾.

De acordo com o levantamento, no século XIX, James Blundell, obstetra britânico (1791 – 1878) foi o primeiro a executar transfusões utilizando doadores humanos. Ele empregou este processo em casos de hemorragia pós-parto, obtendo bons resultados.

Dando continuidade aos estudos iniciados no início do século XX por Emil Adolf von Behring (1854 - 1917), bacteriologista alemão, e Shibasaburo Kitisato (1856-1931), bacteriologista japonês, o médico e biólogo Karl Landsteiner foi o primeiro a indicar a existência de aglutininas no soro e antígenos nas hemácias, que posteriormente foram reconhecidos como constituintes do sistema de grupos sanguíneos ABO.

Em 1931, Landsteiner foi laureado com o Prêmio Nobel de Medicina pela descoberta dos grupos sanguíneos humanos, tornando a transfusão um procedimento mais comum.

A descoberta foi realizada em tempo de ser aplicada na Primeira Guerra Mundial (1914-1918), período este de muitas transfusões de sangue em soldados feridos. Mas havia outro problema a superar nessas transfusões realizadas em período de Guerra: a coagulação do sangue⁽³⁾.

Na época era quase impossível transportar o sangue até o campo de batalha, mas em 1915, o Dr. Richard Lewisohn, do Hospital Monte Sinai em Nova York, fez experiências bem-sucedidas com um anticoagulante chamado citrato de sódio, possibilitando o prolongamento da vida útil do sangue, permitindo o seu armazenamento e também possibilitando a formação de estoques.

Em 1917, foi criado o primeiro “depósito de sangue”. O exército norte-americano recolhia e armazenava o sangue do Grupo O antes da chegada dos feridos da batalha de Cambrai da Primeira Guerra Mundial, estabelecendo, assim, o “primeiro depósito de sangue”⁽⁴⁾.

Por sua vez, a União Soviética foi a primeira a estabelecer uma rede de instalações para recolher e armazenar sangue para transfusão nos hospitais. O primeiro serviço que funcionou como banco de sangue foi estabelecido em Leningrado, no ano de 1932.

Em 1937, foi Bernard Fantus, quem cunhou o termo banco de sangue e implantou este serviço nos Estados Unidos.

As transfusões continuaram a ser amplamente disseminadas e novos bancos de sangue foram criados ao redor do mundo. Mas, em 1940 (quatro décadas da descoberta do sistema ABO), Karl Landsteiner faz uma descoberta que, novamente, revolucionou a prática da medicina transfusional: a identificação do fator Rh.

Percebeu-se a importância em identificar o tipo sanguíneo em relação ao sistema Rh, pois caso este procedimento não fosse realizado poderiam ocorrer reações de incompatibilidade nas transfusões. As conclusões apresentaram que um indivíduo Rh negativo só deve receber transfusão de sangue Rh negativo. Caso receba sangue Rh positivo, ocorrerá a sensibilização e a formação de anticorpos que foram denominados Anti-Rh, como indica o Instituto HOC de Hemoterapia.

Dessa forma, Landsteiner evoluiu os critérios que seriam utilizados para verificar se o tipo sanguíneo do doador era compatível com o do receptor, tornando a transfusão um procedimento mais seguro e, conseqüentemente, comum, possibilitando também o melhor desenvolvimento das técnicas relacionadas aos transplantes.

2.2.2. Primeiros procedimentos de transplante

Em 1933, o cirurgião ucraniano, Yuri Yurievich Voronoy, realizou o primeiro transplante renal em um ser humano para tratar uma insuficiência renal aguda causada por envenenamento com mercúrio, mas a paciente faleceu em poucos dias após o procedimento.

A literatura médica registra que o primeiro transplante de órgão bem-sucedido ocorreu em Boston, nos Estados Unidos, em 1954, quando um rim foi transferido do corpo de um homem para seu irmão gêmeo ⁽²⁾.

Na sequência histórica, em 3 de dezembro de 1967, o cirurgião sul-africano Christiaan Barnard realizou, no hospital Grote-Schuur, localizado na Cidade do Cabo (África do Sul), o primeiro transplante de coração humano, mas o paciente sobreviveu apenas 28 dias após a operação ⁽⁵⁾.

Conforme apresenta a matéria da agência de notícia Deutsche Welle, a notícia do transplante de coração se espalhou rapidamente, gerando diversos debates, pois, na época, ainda existia e fazia voz na sociedade a crença de que o coração era o “lugar da alma”.

A mesma matéria ressalta que o grande problema a ser superado na época para o progresso dos transplantes era a rejeição. *“Um organismo se defende contra todo e qualquer corpo estranho que lhe é implantado. O perigo da rejeição era e foi durante muito tempo o árbitro para o sucesso ou o fracasso de um transplante de coração”* ⁽⁶⁾.

Nas décadas de 1960 e 1970, com o desenvolvimento de novos imunossupressores¹, buscou-se superar o problema da rejeição. Em 1972 foi descoberta a ciclosporina (droga imunossupressora), mas apenas em 1980 ela passou a ter aplicação clínica, revolucionando o transplante de órgãos. A ciclosporina teve um papel fundamental por aumentar significativamente a sobrevida do enxerto nos primeiros anos do transplante.

É possível afirmar que na década de 1980 os transplantes deixaram de ser uma experiência para se tornar uma alternativa terapêutica viável. A partir de 1980 as retiradas de múltiplos órgãos foram padronizadas, surgiram novos medicamentos imunossupressores e foi desenvolvida uma solução de conservação de órgãos que aumentou o sucesso dos transplantes no mundo ⁽⁷⁾.

¹ Os imunossupressores são medicamentos, usados para evitar a rejeição do órgão transplantado. Ver: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?c=927>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

Estes avanços permitiram obter resultados encorajadores nos transplantes do rim, coração e fígado, proporcionando uma sobrevida de até 80% em dois anos aos pacientes transplantados ⁽²⁾.

2.2.3. Os Transplantes no Brasil

A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) define transplante como *“um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida”* ⁽⁸⁾.

Este procedimento iniciou no Brasil em 1964, na cidade do Rio de Janeiro, e em 1965, na cidade de São Paulo, com a realização dos dois primeiros transplantes renais do país. O primeiro transplante cardíaco ocorreu em 1968 também na cidade de São Paulo e foi realizado pela equipe do Dr. Euríclides de Jesus Zerbini ⁽⁹⁾. Este fato ocorreu pouco menos de um ano após a realização do transplante pioneiro realizado pelo Dr. Christian Barnard, na África do Sul.

Como em outros locais do mundo, os resultados desanimadores levaram à suspensão dos programas de transplantes no início dos anos 70, incluindo todos os órgãos, exceto rins.

Conforme apresentado anteriormente, a aplicação clínica da ciclosporina iniciada nos anos 80 como medicamento imunossupressor possibilitou o alcance de melhores resultados no transplante renal, tornando o procedimento mais seguro. Subsequentemente, os programas para transplante cardíaco (1984), hepático (1985) e pancreático (1987) foram reativados, e em 1989 um programa de transplante pulmonar foi instituído no Brasil ⁽¹⁰⁾.

Com relação à regulamentação, o processo de transplante no Brasil costuma ser dividido em três fases:

1. Primeira Fase: A demanda e alocação de órgãos sob a responsabilidade dos centros de transplantes e sem controle do Ministério da Saúde. Estendeu-se de 1964 a 1987.

2. Segunda Fase: Iniciou em 1987, com a publicação, pelo Ministério da Saúde, do Sistema Integrado para o Tratamento do Paciente Renal Crônico e do Transplante Renal (SIRC-TRANS), elaborado para estabelecer padrões para reconhecimento e funcionamento de centros de transplante renal e para determinar os pagamentos pelo sistema público de saúde;
3. Terceira Fase: Iniciou em 1998 com a nova legislação sobre transplantes (aprovada pelo Congresso Nacional, em 16 de janeiro de 1997, e sancionada pelo Presidente da República em 4 de fevereiro de 1997) ⁽¹¹⁾ e com a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), além dos Centros de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) no Distrito Federal. O gerenciamento e os pagamentos envolvidos em todos os processos de doação e transplante se tornaram responsabilidade do governo federal.

Mesmo na vigência da Lei 5.479, de 10 de agosto de 1968, posteriormente revogada pela Lei 8.489 de 18 de novembro de 1992, que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, ainda não havia uma legislação adequada para regulamentar a realização dos transplantes. Na época, existiam apenas as regulamentações regionais, desenvolvidas informalmente quanto à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição de órgãos captados. Portanto, de 1964 a 1997 a atividade de transplante era contextualizada por pouca regulamentação e, conseqüentemente, informalidade.

Com crescente demanda por transplantes no Brasil, houve a necessidade de regulamentar a atividade e de criar um sistema nacional, definindo critérios tecnicamente corretos e socialmente aceitáveis de doação, captação e implantação do órgão.

Assim, em 16 de janeiro de 1997, foi aprovada, pelo Congresso Nacional a nova Lei de Transplantes (Lei 9434/97), sancionada pelo Presidente da República em 4 de fevereiro de 1997, sobre a disposição da remoção de órgão, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Esta lei alterou a

forma de obtenção para consentimento presumido¹. Além disso, a Lei 9.432 estabeleceu o conceito de morte encefálica como critério legal para constatação da morte⁽¹²⁾.

A legislação anteriormente vigente (Lei 8489/92 e o Decreto 879/93) estabelecia o critério da doação voluntária. Em março de 2001 houve uma nova mudança, através da Lei 10.211, que dá plenos poderes para a família doar ou não os órgãos de cadáver. Todas as manifestações de vontade constantes em documentos foram tornadas sem efeito.

No dia 26 de outubro de 2000 foi publicada, no Diário Oficial da União, a Portaria número 1.183, passando a vigorar a obrigatoriedade do registro da manifestação de vontade (doador ou não doador) nas carteiras de identidade e de habilitação, o que posteriormente foi substituída pelo Registro Nacional de Doadores. A medida não encontrou respaldo junto à sociedade e, dessa forma, foi sancionada em 2001 a Lei 10.211, estabelecendo a obrigatoriedade de consulta à família para a autorização da doação e retirada de órgãos.

O Sistema Nacional de Transplante (SNT) adotado no Brasil tem a concepção de fila única de transplante com o propósito de garantir o acesso universal, justo e gratuito aos órgãos disponíveis. O atendimento é por ordem de chegada, considerados critérios técnicos, de urgência e geográficos específicos para cada órgão, de acordo com a Portaria n. 91/GM/MS, de 23 de janeiro de 2001. A fila é disciplinada pela Portaria n. 3.407/GM/MS, de 5 de agosto de 1998⁽¹³⁾.

¹ De acordo com GOLDIM, *“Esta abordagem baseia-se no princípio de que todo cidadão é doador de órgão por definição e possibilita que as equipes de saúde retirem os órgãos de cadáveres, no momento da morte, aumentando, assim, as chances de sucesso no transplante. O consentimento presumido pode ser subdividido em dois tipos: o forte, ou também chamado de amplo, e o fraco. O consentimento presumido forte possibilita que o médico retire órgãos de todo e qualquer cadáver, enquanto que o fraco apenas dos que não declararam objeção a este procedimento”* Ver: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/trancpre.htm>>. Acesso em 22 de Março de 2014.

2.3. O TRÁFICO DE PESSOAS

2.3.1. O trabalho escravo – a coisificação do ser humano

Já no mundo antigo, genericamente, a escravidão se fazia presente como elemento da estrutura social. Na Antiguidade Clássica, que historiograficamente está adequadamente documentada, tem-se que os prisioneiros de guerra eram normalmente utilizados para fins de trabalho escravo, servidão e por vezes exploração sexual.

É importante ressaltar que na antiguidade os escravos não eram considerados seres humanos, mas “coisas”. Destituído de personalidade jurídica, o escravo era um ser nulo ⁽¹⁴⁾.

A coisificação do escravo na Antiguidade não era uma invenção apenas do discurso jurídico romano, mas encontrava justificativa também na literatura filosófica, tanto grega como latina. Na Grécia, Aristóteles descrevia o escravo como objeto de propriedade do senhor e instrumento de produção:

“Com efeito, é escravo por natureza quem pode pertencer a outro (e de fato lhe pertence) e quem participa da razão na medida em que pode percebê-la, mas não possui-la: os outros animais não são sujeitos à razão, mas às impressões. Porém, quanto à utilidade, a diferença é mínima: escravos e animais domésticos prestam ajuda com o seu corpo para as necessidades da vida”. ⁽¹⁴⁾

No trecho acima Aristóteles apresenta que o escravo era diferente dos animais porque tinha a capacidade de perceber a razão, o que lhe permitia compreender diversas ordens, mas não possui a capacidade de utilizar ele próprio a razão e o comando. Essa é uma apresentação literal da condição do escravo como incapaz de utilizar ele próprio da razão, pois, sendo ele uma “propriedade” de alguém, estaria impedido de utilizar da sua razão, mas lhe era permitido perceber a razão para a execução das atividades que lhes eram destinadas.

O Direito Romano Civil previa uma categoria comum na qual se podiam classificar tanto animais como escravos, a saber, a categoria das *res mancipii* ou *mancipia*, da qual faziam parte os objetos de propriedade passíveis de compra e venda. *Res* ou coisa não portava nenhum direito próprio, mas era unicamente objeto do direito da pessoa que a possuía ⁽¹⁴⁾.

O tráfico de escravos ganhou feição de prática comercial durante o período renascentista, por volta dos séculos XIV ao XVII. Na época da colonização europeia nas Américas o surgiu tráfico negreiro configurado como um sistema comercial que recrutava, mediante força e contra seus desígnios, mão-de-obra de determinada sociedade, transportando-a a outra sociedade de cultura completamente diversa. Africanos passaram a ser utilizados para suprir a carência de mão-de-obra nas colônias de exploração europeia, perdurando essa exploração humana por séculos ⁽¹⁵⁾.

Tal processo continuou ocorrendo legalmente até o final do século XVIII, quando ocorreram as primeiras tentativas de abolir a escravidão ⁽¹⁶⁾.

Independente dos avanços de jurídicos e de consciência e do combate à escravidão e ao tráfico de escravos, da antiguidade para a sociedade contemporânea a escravidão continua sendo persistente, adaptando-se facilmente ao mundo global e ampliando-se com o tráfico de pessoas para diversos fins, como a exploração sexual, extração de órgãos, além da servidão.

2.3.2. Conceitos e Legislação

2.3.2.1. Evolução Internacional do Conceito “Tráfico De Pessoas” até o Protocolo de Palermo

É necessário compreender a atual definição existente de Tráfico de Pessoas para, posteriormente, abordar e desenvolver uma reflexão sobre a questão do Mercado/Tráfico de Órgãos, pois uma das principais constatações que se faz é da dificuldade existente em compreender o Tráfico de Órgãos autonomamente. Além disso, para entender o tema, se faz necessário apresentar como a comunidade

internacional se mobilizou com relação ao Tráfico de Pessoas, pois foi desta ação coletiva que resultaram as suas definições até a atual forma.

Damásio de Jesus, em seu livro sobre Tráfico Internacional de Mulheres e Crianças ⁽¹⁷⁾, nos traz elementos que permitem acompanhar este processo e relata que o tráfico de seres humanos faz parte da história brasileira. No período colonial os navios negreiros transportaram milhões de pessoas para o trabalho agrícola, que se estendia à servidão doméstica e à exploração sexual.

Independente das interpretações que são feitas acerca das mudanças na economia internacional da época, explicativas do início do combate ao tráfico de escravos, os mais importantes países do mundo, agindo numa forma que se poderia considerar como um esboço do que atualmente denominamos por Comunidade Internacional¹, passaram a se preocupar com a questão e decidiram abordar o tráfico de negros para escravidão com o objetivo de extingui-lo, principalmente a partir de 1814, com o Tratado de Paris entre Inglaterra e França. O esforço diplomático iniciado neste momento foi adquirindo contornos mais rigorosos e culminou, em 1926, com a Convenção firmada pela Liga das Nações, reafirmada, em 1953, pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A preocupação inicial com o tráfico de negros para exploração laboral, que começou no século XIX e se estendeu ao século XX, acrescentou-se a do tráfico de mulheres brancas para prostituição.

Nesse período, as capitais de países como o Brasil e a Argentina, Rio de Janeiro e Buenos Aires, respectivamente, vivenciavam um processo de modernização e europeização de suas áreas urbanas. Os avanços, como o fim do tráfico negreiro e da escravidão e uma primeira onda de urbanização e industrialização dessas sociedades, vieram acompanhados de uma nova modalidade criminosa: o tráfico de mulheres brancas, ou tráfico de brancas como era conhecido ⁽¹⁸⁾.

¹ Para mais informações sobre a identificação das partes que se relacionam no campo internacional ver: SUANO, Marcelo José Ferraz. "O Discurso Teórico nas Relações Internacionais". Civitas, Porto Alegre, v. 5, p. 245-274, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/3/1596>>. Acesso em 7 de jan. 2009.

As Mulheres do leste europeu passaram a ser vendidas por meio de fotos estampadas em cartões de visitas para fins de exploração sexual. O Rio de Janeiro passou a ser um dos principais mercados no circuito internacional, acompanhando todas as superposições e substituições de rotas que, da Europa, debruçavam-se sobre a América e o resto do mundo ⁽¹⁸⁾. O mesmo acontecia em Buenos Aires, onde:

“Já em 1890, quando a Argentina começou a receber grandes ondas de imigração, um comércio de escravas brancas em grande escala começou a importar mulheres da Polônia e Hungria. Estas mulheres, conhecidas como polacas eram bem diferentes de outras prostitutas estrangeiras que chegavam “à Argentina, em um fluxo constante e de todos os cantos da Europa” (Goldar, 48). “Polaca” era o termo genérico aplicado a todas as prostitutas judias na Argentina. Violações da lei, amplamente toleradas por oficiais de alfândega corruptos, facilitavam sua entrada ilegal no país e a sua difusão por toda cidade de Buenos Aires”. ⁽¹⁸⁾

Buenos Aires tornou-se o polo organizador da expansão para toda a América do Sul, com representantes das principais organizações europeias responsáveis pelo “tráfico de brancas”. A rota era conhecida como “caminho de Buenos Aires”, sendo uma das principais e mais lucrativas na ocasião ⁽¹⁸⁾.

A prática se tornou um dos maiores escândalos internacionais do período. Com esse panorama de fundo, em 1904, foi firmado, em Paris, o “Acordo para a Repressão do Tráfico de Mulheres Brancas”, ratificado como Convenção em 1910 para proteger as mulheres europeias da exploração sexual, principalmente as do leste europeu. Não se definiu tráfico, mas apenas o compromisso de reprimi-lo e preveni-lo com sanções administrativas. A partir de 1910, os instrumentos internacionais passaram a conceituar tráfico e exploração da prostituição como infrações criminais puníveis com pena privativa de liberdade e passíveis de extradição¹. A proteção foi se ampliando para abranger todas as mulheres, com especial atenção para crianças e adolescentes ⁽¹⁹⁾.

¹ A extradição é um ato de cooperação internacional que consiste na entrega de uma pessoa, acusada ou condenada por um ou mais crimes, ao país que a reclama. Ver: MINISTÉRIO DA

Essa Convenção de 1910 definia o tráfico e o favorecimento à prostituição como o aliciamento, induzimento ou descaminho, ainda que com seu consentimento, de mulher casada ou solteira menor, para a prostituição. Sendo mulher casada ou solteira maior, a punição só era efetivada se aquelas condutas tivessem sido praticadas com fraude ou por meio de violências, ameaças, abuso de autoridade ou qualquer outro meio de constrangimento. Era permitido, porém, aos Estados Partes dar a mesma proteção à mulher casada ou solteira maior, independentemente da fraude ou constrangimento.

Seguiram-se a Convenção Internacional para a Repressão do Tráfico de Mulheres e Crianças, firmada em Genebra, em 1921; a Convenção Internacional para a Repressão do Tráfico de Mulheres Maiores, também em Genebra, em 1933; o Protocolo de Emenda à Convenção Internacional para a Repressão do Tráfico de Mulheres e Crianças e a Convenção Internacional para a Repressão do Tráfico de Mulheres Maiores, ambas em 1947; a Convenção e Protocolo Final para a Repressão do Tráfico de Pessoas e Lenocínio, firmados em Lake Success, no estado norte-americano de Nova Iorque, em 1949.

O trato do problema foi se desenvolvendo com discussões mais intensas ao longo da década de 90 do século XX, que culminaram no Protocolo de Palermo no ano 2000. Durante as sessões de trabalhos preparatórios às Convenções e ao Protocolo de Palermo¹, as questões mais debatidas estiveram relacionadas ao problema da “*exploração*” na definição do tráfico de pessoas.

Na primeira sessão, de janeiro de 1999, a Argentina propôs uma definição de tráfico idêntica àquela resultante da Convenção de 1949², quando ficou estabelecido

JUSTIÇA. Extradicação. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={0428DBCE-69A9-4197-B4FF-849D177F9B7E}&BrowserType=IE&LangID=pt-br¶ms=itemID%3D{6D340A2D-B21B-44BD-8F31-57EF320A7185}%3B&UIPartUID={2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26}>>. Acesso em 12 de maio de 2007.

¹ “Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, especialmente Mulheres e Crianças” (2000).

² De acordo com o seu artigo 1º, as Partes se comprometem em punir toda pessoa que, para satisfazer às paixões de outrem venham a “*aliciar, induzir ou descaminhar, para fins de prostituição, outra pessoa, ainda que com seu consentimento*” bem como “*explorar a prostituição de outra pessoa, ainda que com seu consentimento*”. O art. 2º detalha as condutas de manter, dirigir, ou, conscientemente, financiar uma casa de prostituição ou contribuir para esse financiamento; de dar ou tomar de aluguel, total ou parcialmente, um imóvel ou outro local, para fins de prostituição de outrem (1949).

que o consentimento da vítima em nada diminuiria a pena prevista aos criminosos. Os Estados Unidos, na sucessiva sessão de trabalhos, apresentaram uma definição mais breve, pela qual o termo “*exploração*” foi definido como uma atividade em que “*a pessoa não se oferece por vontade própria*”, dentre os quais: rapto, ameaça, engano, coação, uso de força. Como podemos constatar, a realidade demonstra que os meios utilizados para a obtenção do consentimento da vítima podem ser outros (20).

Prevaleceu a definição proposta pela Argentina e optou-se por inserir alguns meios aptos a alcançar o consentimento da vítima¹, acrescentando também a previsão, como ato criminoso de qualquer abuso contra vítimas que se encontrem em condições de vulnerabilidade, assim consideradas “*aquelas que não vislumbram nenhuma alternativa senão aquela de se submeter ao agente*” (21). Nos trabalhos preparatórios do Protocolo foi proposta a utilização do termo persuasão para indicar um dos meios aptos a recrutar a vítima. Neste caso, mesmo a simples promessa de uma melhor qualidade de vida no país de destino, por parte do agente, estaria compreendida neste contexto.

Na segunda sessão de trabalho, mesmo tendo sido acolhida a proposta dos argentinos para inclusão das demais formas de exploração, além daquela ligada ao mercado do sexo, as delegações sugeriram a inserção do termo “*exploração*” na própria definição de tráfico humano.

A partir do momento em que devido à falta de consenso surgiram dificuldades para contemplar todas as possíveis formas de exploração, a definição de exploração como “*finalidade do tráfico*” foi considerada imprópria, uma vez que esta noção conferiria aos países membros uma liberdade excessivamente ampla para estabelecer as várias formas de exploração e, por consequência, prejudicar as tentativas de harmonizar as legislações nacionais, logo fragilizaria as formas de combater o tráfico, ou mesmo inutilizaria quaisquer esforços.

Chegou-se, por fim, a um consenso entre as duas opções, não exatamente a uma definição de exploração, mas à elaboração de um rol exemplificativo de vários

¹ Emprego ou ameaça de emprego de força ou outras formas de coerção, ou mediante rapto, fraude ou engano.

tipos de exploração, assinado por 117 países, que também fornece a primeira inclusão da questão do “Tráfico de Pessoas para fins de Remoção de Órgãos”:

*“A exploração incluirá, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, trabalho ou serviços forçados, escravatura ou práticas similares à escravidão, servidão ou **remoção de órgãos**”.* (Grifos nossos)

Em 12 de março de 2004, pelo Decreto nº 5.017, o Brasil internalizou em seu ordenamento jurídico o “Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, especialmente Mulheres e Crianças” (Protocolo de Palermo - 2000):

*Art. 3º, “a” – “A expressão “**tráfico de pessoas**” significa o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de pessoas, recorrendo à ameaça ou uso da força ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou à situação de vulnerabilidade, ou à entrega ou aceitação de benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra **para fins de exploração**. A exploração incluirá, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, escravatura ou práticas similares à escravatura, a servidão ou a **remoção de órgãos**.”* (Grifos nossos).

O Protocolo de Palermo é o instrumento de maior importância em vigor no plano do Direito Internacional voltado para o combate ao tráfico de pessoas. Ele estabelece diretrizes fundamentais que orientam a criação de leis e a formulação de políticas públicas de prevenção e repressão ao tráfico internacional de pessoas, além de contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem internacional abrangente.

Os Estados que ratificam o Protocolo de Palermo não obrigatoriamente contemplam, em suas legislações internas, todos os aspectos constantes nesse conceito.

Por exemplo, quando o Brasil tipifica o tráfico de pessoas no Código Penal ⁽²²⁾, não traz qualquer referência à coerção, definindo que traficada é aquela pessoa que cruza as fronteiras nacionais para fins de prostituição, explorada ou não por terceiros. Por outro lado, enquanto alguns Estados não consideram traficadas aquelas prostitutas que imigram para trabalhar por meio de convites e vistos de trabalho, outros consideram traficadas inclusive aquelas que vão como dançarinas eróticas estrangeiras.

2.3.3. Imigração X Contrabando de Pessoas (Tráfico de Migrantes) X Tráfico de Pessoas

Há diferenças conceituais entre a imigração, o contrabando de pessoas e o tráfico de pessoas que devem ser analisadas possibilitando a compreensão e a criação de mecanismos de enfrentamento contra os dois últimos. A incompreensão sobre os conceitos desses fenômenos leva a entendimentos equivocados e à criação de mecanismos de enfrentamento, principalmente do tráfico de pessoas, que acabam violando direitos fundamentais, além de não pautar o ponto central a ser combatido ⁽¹⁹⁾.

A imigração pode ser definida como o deslocamento de pessoas, de um país para outro, com o intuito de permanecer definitivamente nesse país, ou por um período relativamente longo. Tanto o contrabando de pessoas como o tráfico de pessoas são considerados crimes, mas, por referirem-se ao deslocamento de pessoas, são considerados espécies do gênero imigração.

O contrabando de pessoas, ou tráfico de migrantes, ocorre quando uma pessoa é consensualmente transportada por terceiros, que facilitam o seu ingresso a outro país por meios ilegais, uma vez que esta não conseguiria entrar pelas vias

legais normais, por não preencher os requisitos necessários para obter o visto exigido. É importante ressaltar que o contrabando de migrantes não envolve a exploração da pessoa no exterior.

Portanto, o tráfico de migrantes é reconhecido como uma violação às leis migratórias, isto é, uma violação administrativa, na medida em que há a entrada ou admissão ilegal ou irregular em outro país. Por outro lado, o tráfico de pessoas envolve o deslocamento de pessoas através do engano, da coerção ou do aproveitamento de sua condição de vulnerabilidade social, com a intenção de explorá-la no destino final, obtendo benefício financeiro. Essa exploração pode ser sexual, trabalho forçado, casamento forçado e doação de órgãos.

Outra diferença fundamental entre o tráfico de pessoas e o contrabando de pessoas é que o contrabando é sempre transnacional (que vai além das fronteiras nacionais), enquanto o tráfico de pessoas pode ocorrer tanto transnacionalmente quanto dentro do próprio país.

Levando em consideração a definição de tráfico de pessoas dada pelo Protocolo de Palermo, devem-se levar em consideração três elementos para caracterizá-lo: a ação; os meios (engano, rapto, coação, situação de vulnerabilidade); e o fim da exploração da pessoa com objetivo de lucro.

Há configuração do tráfico de pessoas, mesmo que o transporte seja feito com o consentimento da vítima, uma vez que há a exploração dessa pessoa no destino final. Entende-se que a vontade da vítima está viciada (pelos meios utilizados) e ela tem direito a proteção especial. Assim, o consentimento é irrelevante para a caracterização do tráfico.

No ambiente do tráfico, verificam-se casos de vítimas que começam voluntariamente pagando intermediários para conseguir ingressar a outro país, o que configura o contrabando de imigrantes. Ocorre que, muitas vezes, elas acabam sendo angariadas pelas redes de tráfico de pessoas por diversos fatores: há abandono do intermediário, ou são vendidas para que devolvam a dívida contraída o mais rápido possível.

2.3.4. Dados sobre o Tráfico de Pessoas no Brasil

O tráfico de pessoas aparece como um crime vantajoso em relação ao tráfico de armas e drogas, sendo mais difícil demonstrar sua materialidade, uma vez que o “objeto” do crime é a própria vítima. Difere do que ocorre no tráfico de armas e de drogas, onde as armas e a drogas são os objetos materiais do crime. Além disso, atualmente se considera que o tráfico de pessoas pode ser a atividade ilegal mais lucrativa do mundo, pois cada pessoa pode ser vendida e revendida várias vezes e para várias finalidades.

Existe uma grande dificuldade em obter dados estatísticos definitivos sobre as vítimas do tráfico, bem como sobre o lucro produzido com essa atividade, seja pela complexidade inerente ao fenômeno, seja pelo contexto da ilegalidade que o envolve.

Apesar da dificuldade, já no ano de 1996, o Primeiro Congresso Mundial contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes, realizado em Estocolmo, revelou, com informações governamentais e investigações de especialistas, que o tráfico de pessoas¹ movimentava um lucro anual de 12 bilhões de dólares, revelando-se já naquele momento como a terceira maior fonte de renda ilegal do mundo, após o tráfico de armas e de drogas ⁽²³⁾.

De acordo com o Relatório Global de Tráfico de Pessoas, realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2012, cerca de 2,4 milhões de pessoas são traficadas em todo o mundo anualmente ⁽²⁴⁾, mas esses números ainda estão longe de refletir a realidade.

No Brasil, a Pesquisa sobre o Tráfico de Mulheres, Meninas e Adolescentes para fins de exploração sexual no Brasil (PESTRAF), coordenada pelo Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA), em 2002, demonstrou que o número de mulheres, crianças e adolescentes traficadas alcançava 4 milhões por ano, sendo este “negócio” administrado por traficantes de

¹ Esses dados correspondem ao tráfico de pessoas seja para fins de prostituição, seja para fins de trabalho forçado, doação de órgãos, venda de crianças etc.

drogas e de armas. O Brasil, com sua vasta fronteira, dentre outros vários motivos, aparece como um dos países campeões do mundo no “abastecimento” de pessoas para o tráfico internacional ⁽²⁵⁾.

O tráfico de pessoas ganhou visibilidade no contexto brasileiro e foi considerado um problema de governo após divulgação dos resultados da PESTRAF, encomendada pela Organização dos Estados Americanos (OEA). A pesquisa evidenciou a ocorrência e a gravidade desse problema em todo o território brasileiro, apontando a existência de mais de 240 rotas de tráfico internas e internacionais de crianças, adolescentes e mulheres brasileiras.

De acordo com a pesquisa, na época, as mulheres e adolescentes vítimas do tráfico internacional eram levadas para a Espanha (destino mais frequente com 32 rotas), Holanda (11 rotas), Venezuela (10 rotas), Itália (9 rotas), Portugal (8 rotas), Paraguai (7 rotas), Suíça (6 rotas), Estados Unidos (5 rotas), Alemanha (5 rotas) e Suriname (5 rotas). A Região Norte apresenta o maior número de origem das rotas, seguida de perto pela Região Nordeste e, um pouco mais distante, pelo Sudeste, Centro-Oeste e Sul, no que se refere ao tráfico nacional. No tráfico internacional predominava a Região Nordeste.

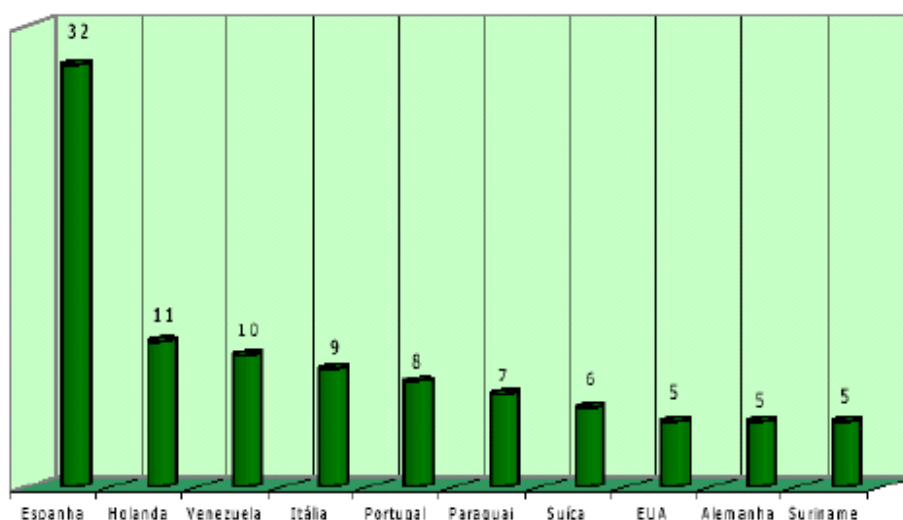


FIGURA 1 - DESTINOS DO TRÁFICO INTERNACIONAL DE MULHERES E ADOLESCENTES

Fonte: Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil. Brasília: PESTRAF/ CECRIA, 2002.

Dados da mesma pesquisa indicavam que o grande número de rotas para a Espanha referia-se a uma organização criminosa chamada “Conexão Ibérica”, que é formada por diferentes organizações criminosas, através de seus prostíbulos em Portugal e na Espanha. Lisboa seria a porta de entrada das brasileiras, uma vez que o sistema de controle de imigração não impunha grandes dificuldades. De lá, elas são levadas para cidades portuguesas e espanholas através de 4 rotas: Rota Norte, Rota “Rede Mississipi”, Rota Central e Rota Direta.

O Grupo de Pesquisa sobre Tráfico de Pessoas, Violência e Exploração Sexual de Mulheres, Crianças e Adolescente – VIOLES, da Universidade de Brasília – UNB, indicou que o foco de tráfico de pessoas encontrava-se em 930 cidades brasileiras tendo como os principais destinos Portugal, Itália, Suíça e Espanha, para a exploração sexual, trabalho no tráfico de drogas, trabalho escravo, venda de crianças e de órgãos. Além desses países, apontava como comum o tráfico para os países de língua portuguesa e os de fronteira com o Brasil ⁽²⁶⁾.

A Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça (SNJ/MJ) elaborou em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) o Relatório Nacional sobre Tráfico de Pessoas: consolidação dos dados de 2005 a 2011 ⁽²⁷⁾. O estudo reuniu estatísticas sobre o tráfico de pessoas no Brasil de órgãos vinculados ao Ministério da Justiça, como o Departamento de Polícia Federal, Departamento de Polícia Rodoviária Federal, Departamento Penitenciário Nacional, Defensoria Pública da União e a Secretaria Nacional de Segurança Pública, além dos organismos que atendem diretamente vítimas de tráfico de pessoas, como a Assistência Consular do Ministério das Relações Exteriores. Também foram ouvidos o Conselho Nacional de Justiça e o Conselho Nacional do Ministério Público.

A principal conclusão do relatório é de que há uma dificuldade dos órgãos que lidam com esse crime no Brasil em registrar essas informações. “*Não há uma cultura em registrar o fenômeno, os sistemas são usados para registrar o trabalho das instituições, mas não para registrar o número de pessoas, de casos*” ⁽²⁷⁾, declarou a diretora do Departamento de Justiça da SNJ/MJ, Fernanda dos Anjos. “*Os números desse diagnóstico não revelam as tendências sobre o tráfico de pessoas no Brasil. Ou seja, ainda que haja mais ou menos registros de um ano para outro, esses*

números mostram somente aquilo que desaguou nos órgãos de repressão ou de atendimento às vítimas. Ainda temos um cenário de muitos dados ocultos”⁽²⁷⁾.

Ainda de acordo com o relatório, dos 514 inquéritos policiais instaurados pela Polícia Federal nesse período, 344 foram de trabalho escravo, 157 de tráfico internacional e 13 de tráfico interno.

Além disso, a Polícia Federal indiciou 381 suspeitos por tráfico internacional de pessoas para exploração sexual entre 2005 e 2011, dos quais apenas 158 foram presos. O relatório indica que esse baixo índice de punição dos criminosos é resultado de uma dificuldade em reunir provas do crime e também de falhas na própria legislação penal, que prevê somente o tráfico para fins de exploração sexual e deixa à margem do sistema outras modalidades como o tráfico para fins de remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo e o tráfico para fins de trabalho escravo.

Para traçar o perfil das vítimas, foram utilizados principalmente dados repassados pelo Ministério da Saúde, que utiliza informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA).

Segundo o Ministério, das 130 vítimas de tráfico de pessoas identificadas pelos dois sistemas na rede de saúde em 2012, 104 eram do sexo feminino, e 85 pessoas (65%) tinham até 29 anos. Ao todo, 55 vítimas eram mulheres negras ou pardas (42% do total); e 26, homens, dos quais 15 eram negros ou pardos (57%).

Com relação ao tráfico internacional de pessoas, os dados utilizados foram da Divisão de Assistência Consular do Ministério das Relações Exteriores. Segundo o relatório, em 2010 foram identificadas 218 vítimas, contra apenas nove em 2012, metade traficada para fins de exploração sexual e metade para exploração laboral.

Este relatório apresentou um dado inédito, pois é a primeira vez que a Sérvia e a Romênia apareceram no mapa do tráfico de brasileiros. Isso se deve ao fato de terem recebido vítimas aliciadas e exploradas por trabalho análogo à escravidão, como jogadores de futebol. Já entre as que foram resgatadas na Índia, o tipo de exploração laboral dizia respeito ao trabalho como modelo.

As ocorrências sobre os crimes foram baseadas em dados da Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal e Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal, da Polícia Militar. Os dois últimos não possuíam dados sobre número de vítimas e indiciados em cada operação policial, apenas o número total de operações. A Polícia Civil não forneceu números acerca dos números sobre tráfico de pessoas.

A Polícia Rodoviária Federal identificou em suas operações 547 vítimas de exploração sexual e trabalho escravo. Já a Secretaria de Direitos Humanos contabilizou 141, e a Secretaria de Políticas para Mulheres, 58 vítimas. O Ministério do Desenvolvimento Social, que administra os programas sociais, registrou 292 vítimas.

2.3.5. A CPI do Tráfico de Pessoas¹

Criada por Ato da Presidência da Câmara dos Deputados, de 09 de fevereiro de 2012, e constituída em 28 de março de 2012, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o Tráfico de Pessoas decorreu de Requerimento apresentado pelo Deputado Arnaldo Jordy (PPS-PA), com a finalidade de investigação do tráfico de pessoas no Brasil, suas causas, consequências e responsáveis no período de 2003 a 2011, compreendido na vigência da Convenção de Palermo.

O Relatório Final da CPI ⁽²⁸⁾ indicou que o seu objetivo não era especificar e particularizar as investigações, mas sim ampliá-la, no sentido de aprofundar e analisar desde o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou

¹ Em 2004 ocorreu a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Tráfico de Órgãos. Não realizaremos análise exaustiva sobre esta CPI, pois ela não produziu resultados efetivos em suas proposições, tanto no que se referente à modernização da legislação, como no tocante aos indiciamentos. Cabe destacar que, na época, não havia debates amplos sobre o tema no Brasil, com isso a própria apresentação de conceitos ficou a desejar. Lembramos ainda que foi em 2004 que o Brasil internalizou o Protocolo de Palermo e os debates e análises em torno dele no país sempre estiveram focados na questão da exploração sexual e trabalho escravo. Por outro lado, damos destaque à CPI do Tráfico de Pessoas, pois esta possui maior probabilidade de produzir resultados em suas proposições uma vez que os conceitos estão mais amadurecidos e, dessa forma, já amplamente disseminada a importância e necessidade de o Brasil adequar sua legislação ao Protocolo de Palermo e de modernizar seus métodos de prevenção, repressão e punição.

acolhimento de pessoas, as redes formadas, bem como as formas de combate e a estruturação de políticas públicas.

Também foi destacado que o número de inquéritos instaurados pela Polícia Federal que tratam do tráfico internacional de pessoas com o fim de exploração sexual é baixo. Em 2010, foram 74 inquéritos policiais; em 2009, 43. Nos últimos 20 anos, o relatório apresenta que foram registrados 867 inquéritos ligados a esse tipo de crime.

A CPI apresentou que a lei penal brasileira ainda é incompleta, o que resulta em punições brandas para esse tipo de crime e, além disso, não há um capítulo do Código Penal que apresente as diversas hipóteses delitivas relacionadas ao tráfico de pessoas, tratando do tráfico de pessoas e os aspectos relacionados ao aliciamento, transporte e exploração. Um exemplo dessa "limitação" está no art. 231 do Código Penal, que aborda o tráfico internacional de seres humanos. A lei contempla apenas a hipótese de tráfico de pessoas referente à prostituição. O protocolo adicional, contudo, prevê a criminalização do tráfico voltado a qualquer forma de exploração, além de orientar punições para casos de escravidão e de remoção de órgãos.

O relatório da CPI ⁽²⁸⁾ indica ainda que as formas mais graves de tráfico de pessoas, como os aliciamentos para extração de órgãos, deveriam ser considerados crimes hediondos, permitindo decisões penais mais rigorosas.

A principal contribuição da comissão está na apresentação do Projeto de Lei n. 6.934/13 para corrigir essas distorções que vem sendo debatidas e apresentadas há anos pela sociedade civil brasileira. O Projeto pretende focar o combate e à punição mais efetivos desses crimes, modificando o tratamento legislativo no que tange à adoção, ao transplante de órgãos, à exploração do trabalho assemelhado ao de escravo, à migração, à adoção clandestina, à exploração sexual. Foram propostas alterações no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei n. 8.069/1990), no Código Penal (Decreto-Lei n. 2.848/1940), no Código de Processo Penal (Decreto-Lei n. 3.689/1941), na Lei de Crimes Hediondos (n. 8.072/1990), na Lei dos Transplantes (n. 9.434/1997), na Lei Pelé (n. 9.615/1998) e na Lei de Artistas e Técnicos de Espetáculo de Diversões (n. 6.533/1978), além de adequar a

legislação pátria ao Protocolo de Palermo e sua modernização diante das novas técnicas utilizadas pelas redes de tráfico humano.

Focaremos nas modificações as propostas referentes à Lei dos Transplantes (n. 9.434/1997), por ser o foco central deste estudo a questão do mercado de órgãos. O projeto reforça a tese apresentada no relatório da CPI de que os aliciamentos para extração de órgãos deveriam ter decisões penais mais rigorosas.

O artigo 8º do projeto indica que nos artigos 14 a 18 da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, passa a vigorar com as seguintes modificações:

“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 (sem alteração).

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

Pena-reclusão, de cinco a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa (atualmente a reclusão é 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 vida¹

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena-reclusão, de seis a dez anos, e multa, de 100 a 200 dias-multa (atualmente a reclusão é 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:

¹ Esta é a forma como se encontra na redação da legislação, apesar de o idioma português prescrever perigo de morte e não perigo de vida.

I - Incapacidade permanente para o trabalho (atualmente não há a palavra permanente da legislação);

II - Enfermidade incurável;

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

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena-reclusão, de oito a doze anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa (atualmente a reclusão é 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 doze a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa (atualmente a reclusão é de oito a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa).

§ 5º Se o crime é praticado por meio do tráfico de seres humanos (este parágrafo não existe na atual legislação):

Pena–reclusão, de quinze a vinte e dois anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

§ 6º Incorre nas mesmas penas quem recolhe, transporta, guarda, compra, vende, distribui ou transplanta órgãos ou partes do corpo humano ciente de que foram obtidos por meio do **tráfico de seres humanos** (parágrafo inexistente na atual legislação).

Art. 15. Comprar ou vender células, tecidos, órgãos ou partes do corpo humano (na atual legislação não há referência às células):

Pena-reclusão, de cinco a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa (atualmente a reclusão é de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa).

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

Art. 16. Realizar transplante ou enxerto utilizando células, tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei (na atual legislação não há referência às células):

Pena-reclusão, de cinco a oito anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa(atualmente a reclusão é de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa).

Art. 17 Recolher, transportar, guardar ou distribuir células, 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 cinco a oito anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa (atualmente a reclusão é 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-**Reclusão**, de cinco a oito anos (a legislação vigente indica pena-**detenção**¹, de seis meses a dois anos).

Além das mudanças na Lei dos Transplantes é importante destacar a alteração proposta no projeto de lei na definição de tráfico de pessoas do código penal brasileiro:

“Art. 149-A. Transportar, transferir, aliciar, recrutar, alojar ou acolher pessoa vinda do exterior para o território nacional, deste para o exterior, ou dentro do território nacional, recorrendo à ameaça, violência ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou ao pagamento, sem prejuízo da pena correspondente à violência, sendo irrelevante o consentimento da vítima, para os seguintes fins:

I – adoção;

II - exploração sexual;

¹ A detenção é um dos tipos de pena privativa de liberdade. Destina-se a crimes tanto culposos (sem intenção) quanto dolosos (com intenção). Na prática, não existe diferença essencial entre detenção e reclusão. A lei, porém, usa esses termos como índices ou critérios para a determinação dos regimes de cumprimento de pena. Se a condenação for de reclusão, a pena é cumprida em regime fechado, semi-aberto ou aberto. Na detenção, cumpre-se em regime semi-aberto ou aberto, salvo a hipótese de transferência excepcional para o regime fechado. Ver: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/101791.html>>. Acesso em: 12 de outubro de 2014.

III - trabalho análogo ao de escravo;

IV-remoção de órgãos”.

Outra novidade foi a inclusão do seguinte parágrafo do artigo 149-A: “§ 4º *Durante o cumprimento da pena, o condenado fica obrigado a participar de cursos de ética e direitos humanos”.*

O projeto também propõe maior responsabilização por parte dos profissionais de saúde envolvidos no crime:

“Art. 284-A. Realizar modificações corporais sem consentimento da vítima, por profissional não habilitado ou em condições que ofereça risco à saúde:

Pena – reclusão, de três a cinco anos.

§ 1º A pena é aumentada pela metade:

I - se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro.

II – se do fato resulta lesão corporal grave.

III – se a vítima tem menos de 18 (dezoito) e mais de 14 (catorze) anos.

§ 2º A pena é aumentada pelo dobro:

I – se do fato resulta morte;

II – se o crime é praticado para fins de exploração sexual de vítima de tráfico humano;

III – se a vítima tem menos de 14 (catorze) anos”.

2.4. O TRÁFICO DE PESSOAS PARA FINS DE EXTRAÇÃO DE ÓRGÃOS

Até o momento não se sabe a real magnitude do problema e o tema não tem recebido a devida atenção por ser considerado, por muitos, como lenda urbana. Se nas modalidades de tráfico de pessoas para fins de exploração sexual e trabalho é difícil demonstrar a materialidade do crime, uma vez que o “objeto” do crime é a própria vítima, no caso do tráfico de pessoas para a extração de órgãos a complexidade é maior ⁽¹⁹⁾.

Apesar das numerosas reportagens publicadas nos meios de comunicação e dos relatórios de organizações internacionais, ainda pouco se sabe sobre a natureza, real dimensão desse delito e o seu *modus operandi*, devido ao caráter clandestino e aos diferentes agentes envolvidos.

A Organização Internacional de Polícia Criminal (INTERPOL, sigla em inglês) alerta sobre o rápido crescimento desta atividade criminosa. Em muitos países, as listas de espera para transplante são muito longas e os traficantes ou “corretores de órgãos” aproveitam a oportunidade para “*explorar*” o desespero dos pacientes e doadores em potencial ⁽²⁹⁾.

Segundo a INTERPOL, as vítimas não são informadas adequadamente sobre os aspectos médicos da remoção de órgãos e são enganadas sobre os valores que receberão. Além disso, os destinatários dos órgãos pagam um preço muito maior do que os doadores recebem do intermediário, no caso, o traficante. Sua saúde, no limite, a vida, fica sob risco, pois as cirurgias de retiradas dos órgãos traficados podem ser realizadas em condições clandestinas e sem acompanhamento médico pós-operatório ⁽¹⁹⁾.

Normalmente, os centros de transplantes ilícitos de doadores vivos estão localizados em países que combinam excelente infraestrutura com fiscalização fraca e corruptível. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), há cinco “*pontos quentes*” onde o tráfico de órgãos ocorre: Paquistão, China, Filipinas, Colômbia e Brasil – considerados grandes fornecedores. A OMS informa ainda que só no Irã existem aproximadamente 137 agências e 23 clínicas ilegais, apenas para

os transplantes de rins. Já países como a África do Sul e a Turquia tendem a abrigar transplantes cujos “doadores” vieram de outros países ⁽³⁰⁾.

Casos reportados pela organização OrgansWatch¹ vinculada à Universidade de Berkeley, nos Estados Unidos, apresentam um esquema de pessoas pobres que vendem seus órgãos com a intenção de obter os meios mínimos de sobrevivência. Contudo, após a realização do transplante, são deixadas com pouco dinheiro, que não bastará para conter as consequências da cirurgia. Por não receber um acompanhamento pós-operatório, a perda da saúde daquele que vendeu seu órgão será gerada e agravada de tal forma que o levará a gastar o que recebeu para se tratar e, muitas vezes, será ele próprio o próximo enfermo necessitado de órgãos humanos a esperar na fila de transplantes ⁽³¹⁾.

Um interessante estudo ⁽³²⁾ realizado, entre setembro de 2010 até maio de 2012, exemplifica bem o panorama descrito pela OrgansWatch. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 103 vítimas de tráfico de pessoas para remoção de órgãos na Índia em que as vítimas descreveram suas experiências nesse processo de retirada do rim para venda.

Em termos de percentual das localidades envolvidas, das 103 pessoas traficadas entrevistadas, 56 (54%) são de Erode (cidade indiana), e 47 (46%) são de Chennai (cidade indiana). A idade variou entre 19-55 anos no momento da remoção de órgãos com uma idade média de 33 em Erode e 36 em Chennai. No estudo mais amplo com um adicional de 50 pessoas vítimas de tráfico para remoção de órgão, 30 são de Bengala Ocidental (estado indiano), e 20 são de Karnataka (estado indiano). As vítimas tinham idades compreendidas entre 20 a 50 anos na época da remoção do órgão (idade média de 35 em Bengala Ocidental e 35 em Karnataka).

Cinquenta e sete por cento das vítimas são do sexo feminino em Erode, e 87% das vítimas são do sexo feminino em Chennai. Dezoito por cento das vítimas de Bengala Ocidental são do sexo feminino, e 50% das vítimas de Karnataka são do sexo feminino.

¹ Projeto formado por uma equipe de antropólogos, ativistas de direitos humanos, médicos e especialistas em medicina social, que se juntaram para pesquisar o contexto socioeconômico do transplante de órgãos.

Doze por cento dos indivíduos eram viúvos ou abandonados, 79% eram casados, e 91% eram pais com uma média de dois filhos. Dos entrevistados, 28% não tiveram educação formal, 19% tiveram algum ensino primário, 22% tinham alguma escolaridade secundária e não houve indivíduos que relataram escolaridade acima do ensino médio. Todas as vítimas identificadas e entrevistadas viviam em extrema pobreza, com renda mensal bem abaixo da média nacional.

As vítimas deste estudo relataram que a situação de suas vidas foi agravada após a nefrectomia¹. Oitenta e nove por cento expressaram deterioração da sua saúde. O estudo indica que as consequências negativas para a saúde são provavelmente um resultado de fatores como a triagem médica insuficiente para identificar as preexistentes condições da saúde desta população vulnerável. Experiências comuns entre os indivíduos que foram traficados para a remoção de órgãos incluem dor e cólicas no local da incisão, uma incapacidade de levantar objetos pesados ou fazer o trabalho de mão de obra intensiva, inchaço nas pernas, perda de apetite, insônia e fadiga considerável. Também foram apresentadas expressões consistentes de ansiedade sobre a remoção do rim, incluindo uma culpa, depressão e medo constante disso tudo resultar em morte.

Na FIGURA 2 há um mapa dos países “vendedores” e “compradores” de órgãos humanos. Este mapa resultou de uma pesquisa etnográfica, conduzida por Nancy Scheper-Hughes da ONG OrgansWatch, que, durante cinco anos, visitou doze países onde existiam fundadas suspeitas de tráfico de órgãos humanos⁽³³⁾.

¹ Remoção cirúrgica de um rim.

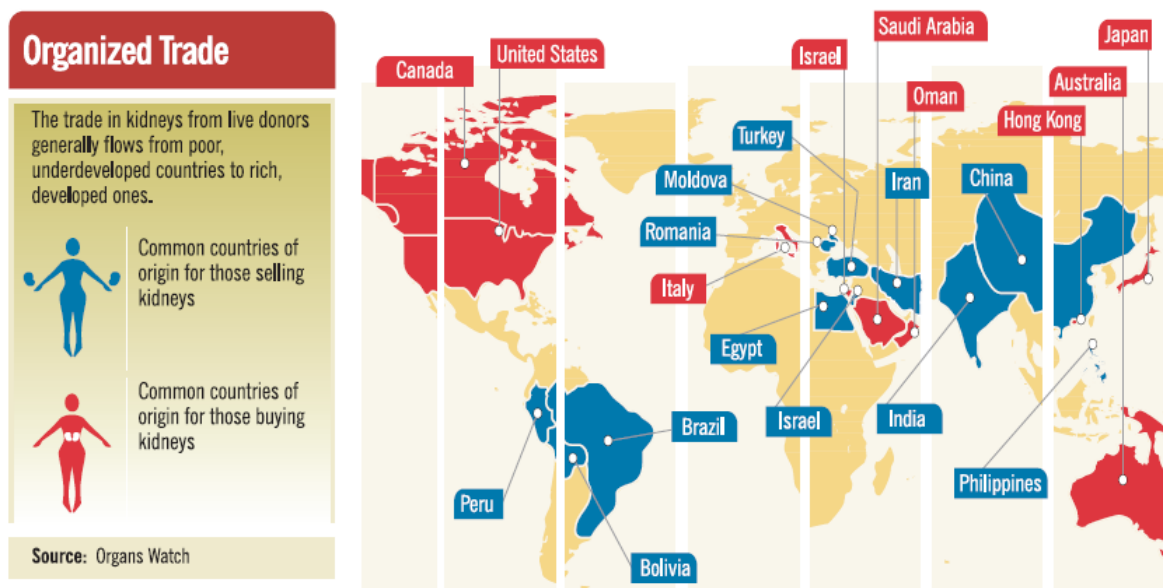


FIGURA 2 - Quem compra e quem vende órgãos no "Mercado global"

Fonte: SCHEPER-HUGHES, Nancy. Organs Without Borders. Foreign Policy, n.146, jan-fev. 2005. p. 26.

As transações geralmente são intermediadas por “negociadores internacionais”, envolvidos em operações milionárias ⁽³¹⁾. Estes negociadores, ou “corretores de órgãos” chegam a cobrar entre U\$ 100.000,00 e U\$ 200.000,00 para organizar o transplante de um rim de um doador saudável e compatível. O preço pago ao “doador”, em geral, fica entre U\$ 1.000,00 e U\$ 5.000,00 ⁽³⁴⁾.

De acordo com Nancy, os “corretores de órgãos” mantêm contatos com compradores e vendedores buscando negociar preços para conseguir os negócios mais lucrativos. As “comissões” para os “doadores” de rim variam muito de um país para outro, como demonstra a **FIGURA 3**.

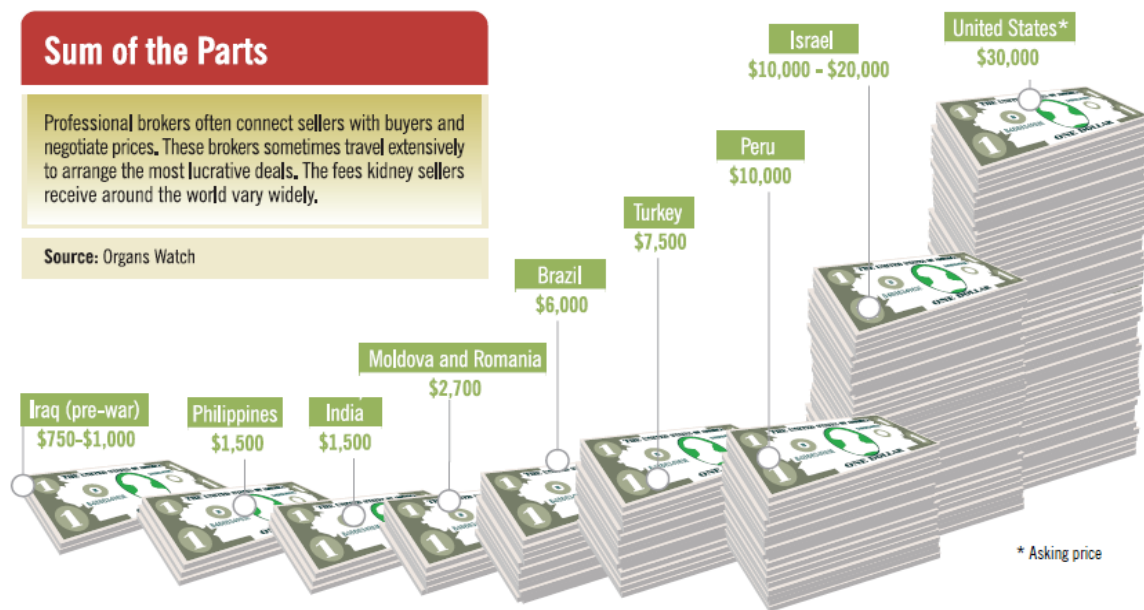


FIGURA 3 - VALORES PAGOS AOS "DOADORES" POR PAÍS

Fonte: SCHEPER-HUGHES, Nancy. *Organs Without Borders*. Foreign Policy, n.146, jan-fev. 2005. p. 27.

A OMS tem expressado sua preocupação pelo aumento acelerado do comércio de órgãos devido a grande demanda e a insuficiente oferta existente de doadores, razão pela qual o mercado ilícito tem se expandido continuamente. Neste contexto, em 2004, a organização solicitou aos Estados-Membros para *“tomarem medidas no sentido de proteger os grupos mais pobres e vulneráveis contra o turismo de transplante e a venda de tecidos e órgãos, prestando atenção ao problema mais vasto do tráfico internacional de tecidos e órgãos humanos”* ⁽³⁵⁾.

O problema que potencializa esta preocupação diz respeito ao fato de ainda se estar delimitando este objeto específico denominado Tráfico de Tecidos, Órgãos e Células Humanas, mesmo que já se tenha avançado um pouco neste exercício, percebendo-se que ele ainda está inserido normalmente no escopo do Tráfico de Pessoas.

Para compreender essa conjuntura se faz necessário apresentar a evolução do conceito “Tráfico de Pessoas”. Como afirma Ela Wiecko V. de Castilho (2008), De 1904 a 2000 há uma evolução histórica acerca do tratamento normativo internacional relacionado ao tráfico de pessoas ⁽³⁶⁾.

Essas alterações podem ser classificadas em 3 fases. O primeiro diz respeito às pessoas objeto de proteção. As vítimas eram, inicialmente, as mulheres brancas, depois mulheres e crianças, e, finalmente, os seres humanos.

O segundo também se relaciona às vítimas. Até o Protocolo de 2000 (chamado Protocolo de Palermo) elas eram tratadas quase como criminosas. O Protocolo procura garantir que sejam tratadas como pessoas que sofreram graves abusos. Explicita no art. 2 como um dos seus objetivos “*proteger e ajudar as vítimas desse tráfico, respeitando plenamente os seus direitos humanos*”. Para concretizá-lo, os Estados membros devem criar serviços de assistência e mecanismos de denúncia.

O terceiro aspecto é concernente à finalidade do tráfico. Nas Convenções até 1950 dominava a preocupação de coibir o tráfico para fins de prostituição. Com a Convenção Interamericana sobre o Tráfico Internacional de Menores é introduzida uma nova preocupação, repetida no Protocolo para Prevenir, Reprimir e Sancionar o Tráfico de Pessoas. Trata-se de combater o tráfico de pessoas com *propósitos ilícitos*, neles compreendidos, entre outros, a prostituição, a exploração sexual (não mais restrita à prostituição, como, por exemplo, o casamento forçado) e a servidão.

O Protocolo de Palermo emprega a cláusula *para fins de exploração*, o que engloba qualquer forma de exploração da pessoa humana, seja ela sexual, do trabalho ou a remoção de órgãos.

No ano 2000, 117 países assinaram o denominado, ou melhor, o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, especialmente Mulheres e Crianças.

Este instrumento foi internalizado pelo Brasil em seu ordenamento jurídico em 12 de março 2004, pelo Decreto nº 5.017, fornecendo a primeira definição de Tráfico de Pessoas para fins de Remoção de Órgãos:

Art. 3º, “a” – “A expressão “tráfico de pessoas” significa o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de pessoas, recorrendo à ameaça ou uso da força ou a

outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou à situação de vulnerabilidade, ou à entrega ou aceitação de benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra para fins de exploração. A exploração incluirá, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, escravatura ou práticas similares à escravatura, a servidão ou a remoção de órgãos.” (Grifos nossos).

Conforme visto, embora a questão do Tráfico de Pessoas para fins de Remoção de Órgãos estivesse representada no Protocolo de Palermo, pouca atenção foi destinada ao tema e a sua especificidade frente às outras formas de exploração que constitui o crime de Tráfico de Pessoas, da mesma forma que, na internalização feita pela legislação brasileira, o Tráfico de Tecidos, Órgãos e Células Humanas não está configurado de forma autônoma.

Com objetivo de debater um quadro jurídico mais específico e encontrar alternativas para enfrentar os problemas relacionados ao tráfico de órgãos, uma reunião de cúpula, com mais de 150 representantes de entidades médicas e científicas de todo o mundo, funcionários de governo e cientistas sociais, foi realizada em Istambul, entre os dias 30 de abril e 2 de maio de 2008, conforme consta na tabela abaixo:

TABELA 1 - PAÍSES PARTICIPANTES DA CÚPULA DE ISTAMBUL

PAÍS	Nº	PAÍS	Nº	PAÍS	Nº
África do Sul	5	EUA	10	Nova Zelândia	2
Alemanha	3	Filipinas	6	Países Baixos	5
Arábia Saudita	2	França	6	Paquistão	3
Armênia	1	Geórgia	1	Peru	1
Austrália	4	Guatemala	1	Polônia	1
Áustria	1	Hong Kong	1	Qatar	1
Bahrein	1	Iémen	1	Quirguistão	1
Bélgica	4	Índia	5	Reino Unido	3
Bósnia	1	Irã	4	República Popular da China	4
Brasil	5	Irlanda	2	Rússia	1
Camboja	1	Israel	2	Síria	2
Canadá	5	Itália	2	Sudão	1
Chile	1	Japão	4	Suécia	2
Colômbia	1	Kuwait	1	Suíça	1
Coréia do Sul	1	Líbano	3	Tailândia	1

Costa Rica	1	Líbia	1	Taiwan	1
Croácia	1	Macedónia	1	Trinidad e Tobago	1
Cuba	1	Malásia	1	Tunísia	2
Egito	4	Mali	1	Turquia	2
Emirados Árabes Unidos	2	México	3	Uruguai	1
Eslováquia	1	Moldávia	1	Uzbequistão	1
Espanha	3	Nigéria	2	Venezuela	1
Estónia	1	Noruega	1		

Os trabalhos de preparação da cúpula foram realizados por um “Comitê Diretor” convocado pela The Transplantation Society (TTS) e pela International Society of Nephrology (ISN), em Dubai, em Dezembro de 2007.

O consenso dos participantes desta cúpula deu origem à Declaração de Istambul sobre Tráfico de Órgãos e Turismo de Transplante (Declaração de Istambul) onde são sugeridas estratégias para aumentar número de doadores legais, evitar o tráfico de órgãos e o turismo de transplante.

A Declaração de Istambul tem como base a definição de 3 conceitos: (1) Tráfico de Órgãos; (2) Comércio dos Transplantes e (3) Turismo de Transplante. Inicialmente, é necessário lembrar a definição que foi oferecida no anterior Protocolo de Palermo para entender a alteração produzida em Istambul ⁽³⁵⁾.

Para a questão do Tráfico de Órgãos a Declaração de Istambul faz uma adaptação da definição existente no Protocolo de Palermo:

“O tráfico de órgãos consiste no recrutamento, transporte, transferência, refúgio ou recepção de pessoas vivas ou mortas ou dos respectivos órgãos por intermédio de ameaça ou utilização da força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de poder ou de uma posição de vulnerabilidade, ou da oferta ou recepção por terceiros de pagamentos ou benefícios no sentido de conseguir a transferência de controle sobre o potencial doador, para fins de exploração através da remoção de órgãos para transplante.” (Declaração de Istambul, 2008). (Grifos nossos – Tradução Livre).

A principal diferença existente entre a Declaração de Istambul e o Protocolo de Palermo está relacionada ao tráfico de órgãos em si, separado do doador, ou seja, o tráfico de partes do corpo humano que não é abordado pelo Protocolo. De

acordo com o Protocolo de Palermo, para constituir crime de tráfico de seres humanos para a remoção de órgãos, a **pessoa** tem de ser transportada com a finalidade de remoção dos seus órgãos. Este é um aspecto essencial, tanto que durante o United Nations Global Initiative to Fight Human Trafficking Forum, realizado em fevereiro de 2008, em Viena, chegou a ser citada a ausência do tráfico de partes do corpo humano no Protocolo de Palermo.

Os princípios do Protocolo e da Declaração rejeitam a coisificação do corpo humano, ou seja, reduzi-lo a um meio e apropriá-lo como um objeto. Neste contexto, objetivando impedir que os órgãos humanos sejam considerados como mais uma “*mercadoria na prateleira do comércio global*” procurou-se esclarecer em Istambul o significado de “comércio dos transplantes”:

*“O **comércio dos transplantes** é uma política ou prática segundo a qual um **órgão** é **tratado como uma mercadoria**, nomeadamente sendo comprado, vendido ou utilizado para obtenção de ganhos materiais”.* ⁽³⁵⁾

Além do comércio de órgãos a **Declaração** procurou esclarecer a questão da **circulação** de órgãos, doadores, receptores ou profissionais do setor do transplante, diferenciando o que é aceitável (viagens para fins de transplante) e o que não é aceitável (turismo de transplante) nesta logística global:

*“As **viagens para fins de transplante** são a circulação de órgãos, doadores, receptores ou profissionais do setor do transplante através de fronteiras jurisdicionais para fins de transplante. As **viagens para fins de transplante tornam-se turismo de transplantes e envolverem o tráfico de órgãos e/ou o comércio dos transplantes** ou se os recursos (órgãos, profissionais e centros de transplante) dedicados à realização de transplantes para os pacientes de fora de um determinado país prejudicarem a capacidade de prestação de serviços de transplante para a sua própria população”.* ⁽³⁵⁾

Para a melhor compreensão do conceito de turismo de transplante, apresentaremos o caso, divulgado na imprensa, de um empresário gaúcho que recorreu ao sistema colombiano para a realização de um transplante hepático.

SAÚDE IMPORTADA

Empresário gaúcho faz transplante na Colômbia

Prática é polêmica mas pode ser alternativa para quem tem recursos e não pode esperar pela fila

FIGURA 4 - REPORTAGEM NO JORNAL ZERO HORA: EMPRESÁRIO GAÚCHO FAZ TRANSPLANTE NA COLÔMBIA

A matéria publicada no jornal Zero Hora apresentou que o empresário gaúcho estava “*cansado de esperar na fila por um transplante de fígado*”, e para resolver o problema desembolsou US\$ 100 mil para fazer a cirurgia na Colômbia. Diagnosticado com hepatite C, em 2004, passou dois anos fazendo exames e outros dois na fila, à espera de um doador ⁽³⁷⁾.

“*Me disseram que eu estava bem, que não era um caso de urgência, mas eu não me sentia bem. O que adianta ter dinheiro e morrer na fila esperando um órgão? Precisava encontrar uma alternativa e cheguei à Colômbia*”, relata para a jornalista Letícia Barbieri.

A reportagem acrescenta que “*ao identificar a possibilidade da doação no país vizinho, o empresário contratou um advogado que encaminhou um processo para a cirurgia na Colômbia. Para o procedimento, ele precisou passar três meses em Medellín. No primeiro mês fez exames, aguardou 10 dias pela autorização da Justiça para o transplante e foi chamado para a cirurgia em questão de três dias, logo que apareceu um doador*”.

“*Quero dizer para as pessoas que têm condições, que há uma luz no fim do túnel. Eu, que me sentia com os dias contados, comecei a sorrir novamente*”, relata o empresário.

Na Colômbia é possível a prestação de serviços de transplantes para estrangeiros não residentes no país, mas o artigo 40 do Decreto Nacional 2.493 de 2004 indica que *“a prestação de serviços de transplante de órgãos ou implante de tecidos a estrangeiros não residentes no território nacional, poderá ser efetuada sempre e quando não existam receptores nacionais ou estrangeiros residentes na Colômbia na lista regional e nacional de espera, levando em consideração os critérios únicos técnicos-científicos de captação e seleção e prévia assinatura de contrato da instituição com o receptor ou a entidade que assumirá o custo da atenção”* (tradução livre).

A lei 919 de 2004 adicionou ao Código Penal colombiano ⁽³⁸⁾ que aqueles que disponibilizam serviços de transplantes podem cobrar os custos gerados pelo procedimento: *“as instituições que funcionem com a devida autorização como bancos de tecido e de medula óssea e as instituições prestadoras de serviços de saúde com programas de transplantes habilitados, poderão cobrar os custos ocasionados pela hospitalização do doador vivo, o cuidado médico do mesmo, o diagnóstico, a extração, a preservação, as provas ou exames requeridos previamente para a doação ou o fornecimento de medicamentos e os controles subsequentes ao procedimento”* (tradução livre).

A grande questão levantada pela Corte Constitucional da Colômbia é da possibilidade de ter ocorrido o turismo de transplante (conceito da Declaração de Istambul). A Corte ressalta que o empresário gaúcho foi incluso na lista de espera para transplante de fígado no dia 12 de dezembro de 2008 e por ordem de um juiz de tutela que intimou o artigo 40 do Decreto 2.493 de 2004. Ainda de acordo com a Corte, o procedimento foi realizado no Hospital San Vicente de Paúl 10 dias após sua inclusão, ou seja, no dia 22 de dezembro de 2008. O procedimento foi denunciado à Fiscalía General de la Nación, mas não há informações abertas sobre o andamento do processo ⁽³⁹⁾.

O relatório de 2009 do Instituto Nacional de Saúde da Colômbia sobre transplantes de órgãos e tecidos indica que em 2008 o tempo médio de um receptor de fígado na lista de espera era de 10,3 meses ⁽⁴⁰⁾. A tabela abaixo apresenta que no primeiro semestre de 2008 havia uma fila de espera de 7 pessoas no Hospital San Vicente de Paul onde o empresário realizou o transplante.

TABELA 2 - LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO, COLÔMBIA, I SEMESTRE 2008-2009

IPS	Numero de receptores al 2008	Numero de receptores al 2009
Fundación Cardio Infantil	32	31
Fundación Santafé de Bogotá	35	28
Hospital Universitario San Vicente De Paul	7	9
Hospital Pablo Tobon Uribe	6	7
Fundación Valle De Lili	8	3
TOTAL	88	78

Fonte: Instituto Nacional da Saúde. "Informe I Semestre de 2009 Trasplante de Órganos y Tejidos", 2009.

O mesmo relatório indica que no primeiro semestre de 2008, do total de transplantes realizados no país 4,64% foi para estrangeiros, mas o relatório não informa se os estrangeiros eram ou não residentes no país.

Uma matéria do jornal colombiano Caracol, publicada em outubro de 2008, indicava que o custo de um transplante hepático no país era entre 65 a 80 milhões de pesos. Realizando a conversão do peso colombiano para o dólar com o câmbio do mesmo período¹, utilizando como base o valor máximo indicado na matéria, 80 milhões, chegamos ao valor de 35.304,00 dólares na cotação do dia 12 dezembro de 2008.

TABELA 3 - CONVERSÃO DO PESO COLOMBIANO PARA O DÓLAR COM O CÂMBIO DO DIA 12/12/2008

Conversão de: PESO/COLOMBIA/COP (720) Valor a converter: 80.000.000,00	Para: DOLAR DOS EUA/USD (220) Resultado da conversão: 35.304,00
Data cotação utilizada: 12/12/2008 Taxa: 1 PESO/COLOMBIA/COP (720) = 0,0004413 DOLAR DOS EUA/USD (220) 1 DOLAR DOS EUA/USD (220) = 2266,0321777 PESO/COLOMBIA/COP (720)	

Em 2010 foi publicado na Revista da Associação Médica Brasileira um estudo sobre o custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. A análise teve como foco o ano de 2007 e apresentou como resultados que o custo médio do transplante hepático no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) foi

¹Cálculo realizado com o conversor de moedas do Banco Central do Brasil.

de US\$ 20.605,01. “O item que onerou predominantemente o custo foi o repasse para equipe profissional envolvida na captação e transplante; seguido pelas diárias, medicamentos da cirurgia e internamento; e produtos (materiais e medicamentos) utilizados na captação. Quanto ao repasse do SUS, o HUWC recebeu US\$1.322,97 para a captação, US\$ 3.223,56 para os honorários médicos e US\$ 32.235,68 pelo pacote do transplante hepático que inclui do procedimento cirúrgico até o sétimo dia de internamento” ⁽⁹⁾.

Os valores de custos referentes ao transplante hepático na Colômbia e no Brasil eram próximos. Portanto o valor pago de US\$ 100 mil para os custos de transplante do empresário está fora do padrão máximo que deveria ter sido cobrado dentro do que estabelece a legislação colombiana.

Nesta conjuntura a Corte Constitucional da Colômbia ⁽³⁹⁾ indicou uma preocupação com a possibilidade de ter ocorrido turismo de transplante, prejudicando a capacidade de prestação de serviços de transplante para a sua própria população, como indica a definição da Declaração de Istambul:

*“As viagens para fins de transplante são a circulação de órgãos, doadores, receptores ou profissionais do setor do transplante através de fronteiras jurisdicionais para fins de transplante. As viagens para fins de transplante tornam-se **turismo de transplante** se envolverem o tráfico de órgãos e/ou o comércio dos transplantes ou **se os recursos (órgãos, profissionais e centros de transplante) dedicados à realização de transplantes para os pacientes de fora de um determinado país prejudicar a capacidade de prestação de serviços de transplante para a sua própria população**”.* ⁽³⁵⁾

Cabe ressaltar que uma **Declaração** tem por objetivo estabelecer princípios básicos sobre um determinado tema e não gera obrigação, direito ou compromisso efetivo dos Estados em assumir um compromisso, mas expressa uma vontade, ainda que informal, em adotar medidas para aplicar em sua jurisdição os princípios contidos na **Declaração**. Logo, formalmente, não existe na atualidade um **instrumento jurídico internacional vinculativo** para combater o tráfico de órgãos.

Para o combate ao crime em questão, o mais adequado seria iniciar com a elaboração de um Protocolo relativo ao Tráfico de Órgãos adicional à Convenção

das Nações Unidas Contra o Crime Organizado Transnacional, também conhecida como Convenção de Palermo. Esta Convenção é complementada por três protocolos que abordam áreas específicas do crime organizado: o Protocolo Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em Especial Mulheres e Crianças; o Protocolo Relativo ao Combate ao Tráfico de Migrantes por Via Terrestre, Marítima e Aérea; e o Protocolo contra a fabricação e o tráfico ilícito de armas de fogo, suas peças e componentes e munições.

Apesar dos protocolos internacionais também não gerarem uma obrigação efetiva por parte dos Estados, eles tem como principal benefício a apresentação de uma base global comum para a definição e implementação de políticas públicas, sendo também um norte de princípios a aplicar na jurisdição de cada país, padronizando conceitos e práticas.

A ideia da elaboração de um protocolo sobre tráfico de órgãos foi apresentada por Rachel Mayanja ⁽⁴¹⁾, Assessora Especial do Secretário-Geral da ONU sobre as Questões de Gênero e a Promoção das Mulheres e idealizadora do estudo, lançado em 2009, sobre Tráfico de órgãos e células e tráfico de seres humanos para a remoção de órgãos, solicitado como urgente pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pelo Conselho Europeu.

O objetivo do estudo era estimular o desenvolvimento de pesquisas, debates e trocas de experiências para colocar a questão do tráfico de órgãos na agenda da Assembleia Geral da ONU, que tem competência para elaborar e aprovar um novo protocolo com o objetivo de combater o tráfico de órgãos, tecidos e células, proteger as vítimas e processar os infratores, consolidando, assim, um instrumento jurídico internacional vinculativo baseado nas questões bioéticas inseridas neste tema.

Como se pôde observar, o comércio de órgãos é um dos tópicos do tráfico de órgãos, pois este último traz em sua abordagem conceitual os variados *modus operandi* deste crime, incluindo o comércio, ainda que nacionalmente e internacionalmente a legislação deixe a desejar o detalhamento da finalidade de exploração dos órgãos, que pode ir além da questão dos transplantes.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar as percepções de profissionais de saúde e da população em geral com relação à forma de obtenção dos órgãos, em especial a abordagem de mercado.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar as percepções dos profissionais de saúde com as da população em geral com relação a abordagem de mercado na obtenção de órgãos.

Comparar a percepção desinteressada com a percepção com envolvimento de necessidade pessoal ou familiar de obter órgãos para fins de transplante utilizando a abordagem de mercado.

IV. REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA

REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA

1. Góes PW. Transplante e comercialização de órgãos: limites à disponibilidade do corpo humano. I Simpósio de Análise Crítica do Direito, Universidade Estadual do Norte do Paraná, 2011.
2. NETO MLS. História dos transplantes, UCG, 2004. Acesso em: 10 set 2014. Disponível: http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_02.pdf
3. ATVBT- Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados. Transfusões de Sangue: Uma longa história de controvérsias, Desperta!, Cesário Lange, São Paulo, 2000. Acesso em : 10 fev 2014. Disponível: <http://wol.jw.org/pt/wol/d/r5/lp-t/102000002> .
4. LOPES DL. Confiabilidade dos testes sorológicos realizados pelos serviços de hemoterapia participantes do programa de avaliação externa da qualidade em sorologia (2001 a 2003). Dissertação apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Tecnologia de Imunobiológicos, Rio de Janeiro, 2005.
5. SILVAPR. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, vol. 23, 2008, p. 147.
6. HELLWEGE M. 1967: Primeiro transplante de coração. Deutsche Welle, 3 de dezembro de 2013. Acesso em: 10 fev 2014. Disponível: <http://dw.de/p/1Qhb>
7. HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Transplante de Órgãos. Acesso em: 10 fev 2014. Disponível: <http://www.einstein.br/hospital/transplantes/transplanteorgaos/Paginas/transplante-de-orgaos.aspx>
8. ABTO – Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Manual de Transplante Renal. São Paulo: ABTO, p. 5, 2003. Acesso em: 10 fev 2014. Disponível: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/manual_transplante_rim.pdf
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Transplantes. Acesso em: 10 fev 2014. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/integram.htm>
10. PORTELA PM; NERI RDE; FONTELES FMM; GARCIA PHJ; FERNANDES PEM. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil, Revistada Associação Médica Brasileira, 2010.

11. GOLDIM JR.. Aspectos Éticos dos Transplantes de Órgãos, 2005. Acesso em: 22 mar 2014. Disponível: <http://www.bioetica.ufrgs.br/transprt.htm>
12. SBCCV. O Processo de Doação – Transplante, Pag. 2. Acesso em: 10 fev 2014. Disponível: http://www.sbccv.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/processo_doacao_orgaos.pdf
13. MARINHO, Alexandre. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública, Out 2006, vol.22, no.10, p.2229-2239. ISSN 0102-311X.
14. VASCONCELOS BA. O escravo como coisa e o escravo como animal: da Roma antiga ao Brasil contemporâneo, Revista UFG, Ano XIII, n. 12, p. 138-140, 2012.
15. ARY TC. O tráfico de pessoas em três dimensões: evolução, globalização e a rota Brasil-Europa. Brasília. 2009, p. 22. Dissertação de mestrado - Instituto de Relações Internacionais da Universidade de Brasília.
16. BELINGUER G; GARRAFA V. O mercado humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo. Trad. de Isabel Regina Augusto. Brasília: UNB, 2, p. 58, 2001.
17. JESUS D. Trafico Internacional De Mulheres e Crianças. Editora Saraiva. 2002.
18. KAPPAUN AO. Tráfico de mulheres, feminismo e relações internacionais: uma abordagem histórica. In: 3º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais e Instituto de Relações Internacionais da USP, Abril 2001, 3, p. 6, 2011, São Paulo.
19. GLICKMAN N. The Jewish White Slave Trade and The Untold Story of Raquel Liberman. Nova York: Garland Publishing, 2000.
20. ANDRADE DAP. Panorama Conceitual sobre o Tráfico de Pessoas para a Remoção de Órgãos e Tráfico de Tecidos, Órgãos e Células Humanas: a Modernização Necessária in Tráfico de Pessoas: Uma Abordagem para os Direitos Humanos. Secretaria Nacional da Justiça, 2014. 552-574 p.
21. UN. Ad Hoc Committee on the Elaboration of a Convention against Transnational Organized Crime. Draft Protocol to Combat International Trafficking in Women and Children Supplementary to the United Nations Convention on Transnational Organized Crime. Proposal Submitted by United States Of America at the First Session January A/AC.254/4/Add.3, Viena, 1999.
22. UN. Interpretive notes for the official records (travauxpréparatoires) of the negotiation of the UN Convention against Transnational Organised Crime and Protocols thereto, UN doc.A/55/383/Add.1, Vienna 2000, p. 63.

23. BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Vade Mecum Universitário de Direito Rideel. 11ª ed. São Paulo: Rideel, 2012. p.353.
24. SIQUEIRA P. Tráfico de Mulheres. São Paulo: SMM – Serviço à Mulher Marginalizada, 2004. pg. 10.
25. UNODC. Global Report on Trafficking in Persons, Viena, 2014.
26. CECRIA - Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes. Pesquisa sobre o Tráfico de Mulheres, Meninas e Adolescentes para fins de exploração sexual no Brasil, coord. CECRIA, Brasília, 2002, pg. 29, 73-110.
27. VIOLES/UNB. Tráfico de Pessoas e Violência sexual. Org. Grupo de Pesquisa sobre Violência, Exploração Sexual e Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes da Universidade de Brasília. Brasília, 2007.
28. SNJ – SECRETARIA NACIONAL DE JUSTIÇA/ MJ- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA / UNDOC - UNITED NATIONS, Office on Drugs and Crime. Relatório Nacional sobre Tráfico de Pessoas: consolidação dos dados de 2005 a 2011, Brasília, 2013. Acesso em: 17 abril 2014. Disponível: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ02FA3701ITEMID972FBB58F4264450A8D41F4264D8A039PTBRNN.htm>
29. BRASIL. Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar o tráfico de pessoas no Brasil, suas causas, consequências e responsáveis no período de 2003 a 2011. Relatório Final. Acesso em: 14 mai 2014. Disponível: <http://www.camara.leg.br/internet/agencia/pdf/RELATÓRIO%20FINAL%20CPI%20TRÁFICO%20PESSOAS.doc>
30. INTERPOL. Trafficking in humanbeings. Acesso em: 24 nov 2010. Disponível: <http://www.interpol.int/Public/THB/default.asp>
31. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Classrooms: “Medical Tourism And The Illicit Trafficking Of Human Organs”, 2009, University Model United Nations Conference. Acesso em: 18 jan 2010. Disponível: <http://www.unausa.org/Document.Doc?id=350>
32. SCHEPER-HUGHES N. Parts Unknown – Undercover ethnography of the organs-trafficking underworld. Etnography, v. 5, n. 1, 2004.
33. BUDIANI-SABERI DA; RAJA KR; FINDLEY KC; KERKETTA P; ANAND V. Humantrafficking for organremoval in India: a victim-centered, evidence-based report. Transplantation Journal, ISSN: 0041-1337/13/0000-00, 2013.
34. SCHEPER-HUGHES N. Organs Without Borders. Foreign Policy, n. 146, jan.-fev. 2005. p. 26.

35. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Resolução da Assembléia Mundial da Saúde 57,18, sobre órgãos e transplantes de tecidos, 22 de maio de 2004. Acesso em: 25 mai 2010. Disponível: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf
36. DECLARAÇÃO DE ISTAMBUL SOBRE TRÁFICO DE ÓRGÃOS E TURISMO DE TRANSPLANTE, 2008. Acesso em: 18 jan 2010. Disponível: <http://www.declarationofistanbul.org/index.php>
37. CASTILHO EWV. Trafico de pessoas: da Convenção de Genebra ao Protocolo de Palermo. Acesso em: 20 mai 2008. Disponível: http://blogdanielaalves.wordpress.com/2008/05/artigo_trafico_de_pessoas.pdf
38. BARBIERI L. Empresário gaúcho faz transplante na Colômbia. Jornal Zero Hora, 9 de agosto de 2009.
39. COLÔMBIA. Lei 919 de 2004. Disponível em: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=15507>>. Acesso em 4 de junho de 2014.
40. _____. Corte Constitucional. Sentencia T-1088 de 2012. Acesso 4 jun 2014. Disponível: <http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portalStfInternacional/newsletterPortalInternacionalJurisprudencia/anexo/14JVColombiaCCsetembro.pdf>
41. _____. Instituto Nacional da Saúde. Informe I Semestre de 2009 Trasplante de Órganos y Tejidos, 2009. Acesso 4 jun 2014. Disponível: http://www.asocolnef.com/userfiles/file/INF_COORD_NAL_MINPROT_I%20SEM_ESTRE%202009.pdf
42. CENTER FOR GENETICS AND SOCIETY. “Study seeks ban on organ trafficking”, 2009. Acesso em: 25 nov 2010. Disponível <http://www.geneticsandsociety.org/article.php?id=4961>

V. ARTIGO EM LÍNGUA INGLESA¹

¹ Artigo a ser submetido à revista Transplant International, Online ISSN: 1432-2277, (Qualis A2).

**Population of perception in general and
health professionals on how to obtain organs for transplantation: a marketing
perspective**

Daniela Alves Pereira de Andrade¹

José Roberto Goldim²

¹ Daniela Alves Pereira de Andrade

Master student of the Post - Graduate Program in Medicine: Medical Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul / Brazil, BA in International Relations, Research Laboratory of Bioethics, Clinical Hospital of Porto Alegre / Brazil.

² José Roberto Goldim

PhD in Internal Medicine / Bioethics. Professor, Post - Graduate Program in Medicine: Medical Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul / Brazil, Biologist, Research Laboratory of Bioethics, Clinical Hospital of Porto Alegre / Brazil.

Conflict of interest: The authors have disclosed no conflicts of interest that may affect the results of this study.

Contact information

Name: Daniela Alves Pereira de Andrade

Address: Bioethics and Ethics in Science Laboratory, Research Center, Hospital de Clinicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350.

90035-903 Porto Alegre - Brazil

Phone: +55 51 3359 8543

email: alves@ceiri.com.br

Running Title: population and health professionals perception about obtaining organs for transplantation

Key – Words: solidarity donation, transplantation, organ market

ABSTRACT

This article presents the perceptions of health professionals and the general public regarding the method of obtaining the organs, especially the market approach. Also we present the data on the perception of the participants selflessly and with the inclusion of the involvement of personal or family need to obtain organs for transplantation using the market approach. To meet the objectives of this study a questionnaire was developed to collect the opinions of participants. Its distribution was personally performed randomly, and was also developed an electronic version released via facebook page. The analysis of the responses were discussed at 5% significance and considered significant when the p value was <0.05 . In all, 692 people participated in the survey. In the health professional category there are more likely than the general population to disagree on the indirect incentives related to the reduction of taxes and paid leave of 30 days. These were the only significant associations related to health professionals. Most participants (80.1%) agreed that organ donation must be a selfless act and strictly supportive, but 52% believe that the market could be a fair and beneficial system for all. In an extreme situation, absolute shortage of organs, 54.9% of respondents indicated they would pay for an organ to save your life or the life of a family member.

Key – Words: solidarity donation, transplantation, organ market

INTRODUCTION

Considered one of the medical miracles of the twentieth century, the transplant prolonged and improved the lives of millions of patients around the world and is considered the best treatment and, in many cases, the only possible to the problem of many vital organs when they are to irreversible conditions, such as placing a patient terminal (1).

The opportunities created by technological development by scientific innovation, the wide dissemination of new equipment, spread of drugs and surgical procedures that aim to extend human life ended accompanied by shortage of donors (2, 3).

Currently, organ transplants generate a series of ethical questions about the source of organs, the way of obtaining the material to be transplanted and the type of procedure to be performed (4).

Regarding the origin that "the bodies may be from other species (xenotransplantation), of living human beings (donor allograft) or dead (cadaver donor allograft)" and with regard to how to obtain, specifically talking about bodies coming from humans, emphasizes that "*the most important issue is the guard of the willingness and spontaneity in the act of donating organs, or accept that the common good is above the individual wishes and allow the appropriation of cadaver organs (5) or that the individual is owner of your body and thus can dispose of it in his own way*"(6).

The waiting time for obtaining organ transplant It constitutes one of the major problems related to Health and a constant in several countries, including Brazil. The number of people waiting for an organ and even die on waiting for a transplant considerably increases every year, while the numbers of voluntary donors do not grow to the same extent of the need for organs. Given this situation, there was the emergence of an illicit market for the sale of organs, where buyers and intermediaries to address the countries where a large percentage of low-income population and poor living conditions in order to acquire organs from living individuals pay (7).

In Brazil the market approach has been studied in bioethics since the 1990s (8). In 1988 was approved a state law in Rio Grande do Sul / Brazil, which provided for the payment of funeral expenses to families who donate organs (9). Different approaches have been established, since the direct purchase, as in India (10) to state control of the market used in Iran (11). Other approaches are also present, such as to provide indirect benefits, used in various laws of the United States (12).

This panorama is still controversial, with positions that defend the regulation of organ market (13, 14, 15, 16, 17) and others who are against such a procedure (18, 19, 20, 21, 22). However, it is possible to identify some common ground, especially on the need for pilot studies to demonstrate whether it is possible or not the organization of an ethically appropriate organs market (13, 23, 24, 25, 26).

The issue of regulation of organ market is presented as an intense today's debate. Therefore, we sought in this article present the perceptions of health professionals and the general public regarding the method of obtaining organs for transplantation, in particular the market approach, (in order to manipulate the debate). (in order to provide support to this debate).

MATERIALS AND METHODS

We developed a structured questionnaire with 10 questions. Three to define participant characteristics (age, gender and whether health professionals or not) and the remaining seven themed upon obtaining organs. We used a Likert scale of three points: agree, disagree and have no opinion.

The questions used were as follows:

"Do you consider that organ donation must be a selfless act and strictly act of solidarity", called variable "solidarity";

"Do you think the market for organs could be fair and beneficial system for all in order to extend the possibility of performing transplants?" Variable called "market".

"In India you can buy directly an organ of a person to perform transplants between living persons. What is your opinion?", Called variable "India".

"In Iran the government is buying and who regulates the market for organ transplants. What is your opinion?", Called variable "Iran".

"In several US states there are tax reduction benefits in the order of US \$ 10,000.00 (ten thousand dollars), who provides a organ to perform donor transplants. What is your opinion? ", Called variable "tax".

"In several US states a public official who gives organ to perform transplants between living people earn a paid leave of 30 days, receiving the full value of your salary. What is your opinion? ", Called variable "license".

"In an extreme situation, absolute shortage of organs for transplantation, would you pay for an organ to save your life or the life of a family member?", Called variable "need".

Data were collected at random by direct approach or using an electronic form created in the Survey Monkey system, spread by a facebook page (27) under the title "Opinions collection on Organ Transplantation" (<https://www.facebook.com/pages/Coleta-de-Opini%C3%B5es-sobre-Transplantes-de-%C3%93rg%C3%A3os/329606923876148?ref=hl>). This page was created exclusively for the dissemination of the questionnaire, capturing people at random who showed interest in participating in the research. There was no form of intervention to influence the participant's response.

The study of participants' responses given to the different objective questions submitted was carried out by establishing a distribution of repetitions of data and observed associations that occurred through the test called Chi square using SPSS statistical analysis program. The level of significance was 5% ($P < 0.05$).

RESULTS:

The questionnaire was completed anonymously by 692 people between September and October 2014. Of these 692 responses, 292 were obtained with the printed forms distributed personally. The electronic form received the remaining 400 responses. There were no statistically significant associations, which are derived from the type of collection used ($P > 0.05$).

Of the 692 participants, 470 (67.9%) were female and 222 (32.1%) were male. The age range was 17-79 years, with an average of 37.42 ± 13.9 years. The number of people who identified as a health professional was 345 (49.9%).

Most participants, 554 (80.1%) indicated that agree that organ donation must be a selfless act, and act strictly in solidarity. On the other hand, 360 participants (52.0%) believe that the market for organs could be fair and beneficial system for all in order to extend the possibility of performing transplants.

In discussing examples of organ market in the world, 540 participants (78.0%) disagreed with the possibility of buying in India a organ of a person to perform living donor transplants. Continuing in the same marketing perspective, 493 people (71.2%) disagreed with the initiative of the Iranian government to purchase and regulate the organ market used to perform transplants.

Leaving the marketing perspective, that is, the payment by the organ, and joining in practices that promote forms of compensation for the act of giving, 323 participants (46.7%) disagree with the initiative of several US states where there are benefits to the tax reduction for these people, in the order of \$ 10,000.00 (ten thousand dollars), who provides a organ to perform transplants between living persons.

Continuing with the prospect of compensation, 356 participants (51.4%) agree with the initiative of several US states where a public official who gives organ to donor transplantation purposes, earn a paid leave of 30 days, getting value full of his salary. This is the first variable between actual examples presented in the answer "agree" is the most frequent.

Leaving the field of possibilities and entering the field of a concrete individual need, 380 participants (54.9%) indicated that in an extreme situation, absolute shortage of organs for transplantation would pay for an organ to save his life or the life of a family member. The remaining responses were observed in 167 (24.1%) participants disagreed and 140 (20.2%) who indicated not have opinion on the matter. We emphasize that this was the highest rate of responses indicating not have opinion on all the issues presented.

It should be noted that the answers given by health professionals had significant associations with only two variables: tax reduction benefits to the donor ($\chi^2 = 7.558$, $P < 0.05$) and paid leave of 30 days ($\chi^2 = 6.016$, $P < 0.05$). All other reviews on possible associations between the other variables were not significant ($p > 0.05$).

DISCUSSION

Comparing the data obtained, there is the high acceptance for the practice of solidarity donation and there is great disagreement about the possibility of buying organs in India and Iran (Figure 1).

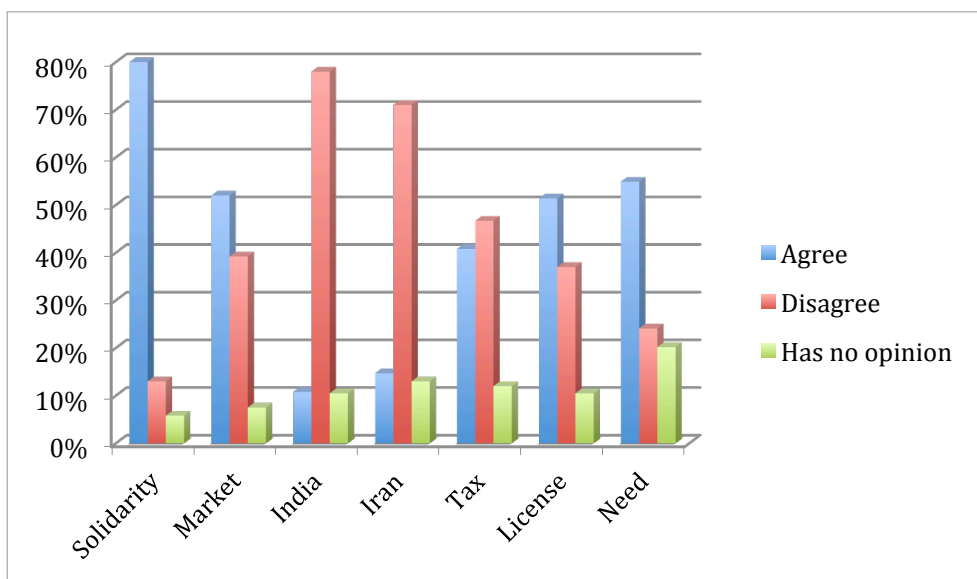


Figure 1 - Comparative distribution of responses to different situations presented on organ procurement (n = 692).

The high acceptance to joint donation is followed by a drop of acceptance relating to organ market and an even less likely in the case of India and Iran, although the latter has been a slight increase in acceptance with regard to India. The possibilities using indirect benefits, such as reducing taxes and paid leave, it is possible to observe a trend towards greater acceptance than those using direct remuneration, as in the cases of India and Iran. In 2012, 63.6% of sample of people in the US said that financial incentives would not affect their decision to donate their organs (28).

In the collective perspective, participants indicated a high acceptance for conducting a solidarity donation of organs, but on the individual perspective, with a concrete fact of need, there is a significant acceptance (54.9%) to pay for obtaining organ. Acceptance in the latter case is not more significant than the solidarity donation, but indicates that a significant number of participants would tend to adopt the alternative of payment in an extreme case. On the other hand, it is interesting to note that the question of the existence of an individual need, with payment to obtain organs, did not exceed the collective perspective of solidarity donation.

From the bioethical point of view, these answers may deserve multiple theoretical frameworks, underscoring the need for a complex approach to the evaluation of these aspects.

The answer to the question of solidarity can be justified from the perspective of Intuitionism or Situation Ethics (29). Solidarity can also be justified as a virtue, especially through the generosity and compassion (30); as the Principle of Beneficence - doing good (31); as a Human Right transpersonal (32); as Ethics of Responsibility (33); and not as neutral to the other, ie as otherness (34).

The responses associated with agreement linked to the fair market can be justified as being utilitarian (35), provided that preserved the Principle of Justice (31).

The four questions that refer to different examples of organ markets that currently exist have disagreements as predominant answers. This discrepancy may be explained by the issue of human dignity (36). It is not acceptable to turn a person in just a means to obtain organs through direct and indirect financial benefits. The

issue of direct compensation presented disagreement greater than that of indirect benefits.

When the question changed the focus of possibility for any personal or a family member need, the ethical framework has also changed, going to dominate the Ethics of Emotions (29) due to the emotional bond associated with the act of obtaining organs for transplantation. The response categories that were used lead to the understanding that people who agreed to the payment in case of need based on this perspective of Ethics of Emotions (29); since those who disagreed reiterate the previously defined position on respect for human dignity (36). This question was found the largest number of people who had no opinion. The Moral Positivism might explain this. From this perspective, what others think should take precedence over my personal opinion. That is, take a position may result in judgments (29).

FINAL CONSIDERATIONS

Based on the results obtained in the study sample, we can conclude that there is a high acceptance regarding solidarity donation (80.1%), in agreement with the current system of organ donation that exists in Brazil and that there is disagreement with the different market approaches submitted. But when we include the involvement of personal or family need to obtain organs for transplantation, there is a significant acceptance (54.9%) to pay for obtaining organ. That is, collectively, participants broadly support the solidarity donation, condemn the possibility of payment or remuneration associated with funding, but most people would pay for an organ in cases of extreme personal or their family need.

These results show the change answers in a personal or collective perspective, with multiple ethical approaches to justify them. This demonstrates the need for further reflection on the ethical problems associated with the issues involved in organ procurement for the purpose of performing transplants.

REFERENCES

1. Declaração de Istambul sobre Tráfico de Órgãos e Turismo de Transplante, 2008. [Accessed on: January 18, 2010]. Available in: <http://www.declarationofistanbul.org/index.php>
2. Naím M. Ilícito: o ataque da pirataria, da lavagem de dinheiro e do tráfico à economia global. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006: 150-1.
3. Lamb D. Transplante de Órgãos e Ética. Trad. Jorge Curbelo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Editora Hucitec, 2000.
4. Veatch RM. Transplantation Ethics. Washington DC: Georgetown University Press; 2002.
5. Goldim, JR. Aspectos Éticos dos Transplantes de Órgãos. 2005, available in: <http://www.bioetica.ufrgs.br/transprt.htm>
6. Cardozo B. Dissenting opinion in *Schloendorff v. Society of New York Hospital*. 1914.
7. Góes PW. Transplante e comercialização de órgãos: limites à disponibilidade do corpo humano. I Simpósio de Análise Crítica do Direito, Universidade Estadual do Norte do Paraná, 2011.
8. Berlinguer G, Garrafa V. A mercadoria final: a comercialização de parte do corpo humano. 2nd ed. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
9. Brasil. Estado do Rio Grande do Sul. Lei Estadual 8.750, de 12 de dezembro de 1988.
10. Kerstein SJ. Are kidney markets morally permissible if vendors do not benefit? *Am J Bioeth.* 2014;14(10):29–30.
11. Ghods AJ. Governed financial incentives as an alternative to altruistic organ donation. *Exp Clin Transplant.* 2004;2(2):221–8
12. Novelli G, Rossi M, Poli L, Morabito V, Ferretti S, Bussotti A, et al. Is legalizing the organ market possible? *Transplant Proc.* 2007;39(6):1743–5.
13. Julian K. Assessing the Likely Harms to Kidney Vendors in Regulated Organ Markets. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):7-18.
14. Alberto G. Harms to Vendors: We Should Discourage, Not Prohibit Organ Sales. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):25-7.
15. Kiarash A. A Closer Look at the Iranian Model of Kidney Transplantation. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):35-7.

16. Sigrid F. The Truth About Iran. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):37-38.
17. Atieh P, Farzaneh Z, Zeinab P, Bagher L. Paid Living Kidney Transplantation in Iran: Rethinking the Challenges. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):40-42.
18. Alexander MC, Gabriel MS, Francis LD. Organ Markets: Problems Beyond Harms to Vendors. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):23-25.
19. Erik M. A Further Lesson From Existing Kidney Markets. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):27-29.
20. Samuel JK. Are Kidney Markets Morally Permissible If Vendors Do Not Benefit?. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):29-30.
21. Monir M. Regulated Organ Market: Reality Versus Rhetoric. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):33-35.
22. Julie A, Aviva G, Marie CF. Regulated Markets of Kidneys in Developed Countries or How to Increase Health Inequities. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):44-45.
23. James T. Avoiding Harms to Kidney Vendors through Legal, Regulated Markets. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):21-22.
24. Glenn C. A Fuller Picture of Organ Markets. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):19-21
25. Benjamin H. All the More Reason: Why Julian Koplin Should Support a Trial of Incentives for Organ Donation. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):31-33.
26. Dominique M, Sarah W. Risk, Regulation, and Financial Incentives for Living Kidney Donation. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):46-48.
27. Farnan MJ. Connectivity and Consent: Does Posting Imply Participation?. *Am J Bioeth.* 2014;14(10):62-63.
28. US Department of Health and Human Services. National Survey Organ Donation Attitudes and Behaviors. Washington (DC): HRSA; 2013.
29. Varga AC. Problemas de Bioética. São Leopoldo: Unisinos, 1982:1-16.
30. Aristóteles. *Ética a Nicômacos*. 2nd ed. Brasília: Universidade de Brasília; 1992.
31. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. New York: Oxford; 1994.
32. Bandman EL, Bandman B. *Bioethics and Human Rights: A Reader for Health Professionals*. Lanham MD: Univ Pr of Amer; 1984.
33. Jonas H. *O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.

34. Lévinas E. Entre nous: essais sur le penser-à-l'autre. Paris: Grasset & Fasquelle; 1991.
35. Singer P. Practical Ethics. 2nd ed. New York: Cambridge; 1993.
36. Immanuel Kant. Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Lisboa: 70; 2005.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este considerado milagre da medicina do século XX, o transplante, como já dito, prolongou e melhorou as vidas de milhões de doentes em todo o mundo, já que passou a ser visto como o melhor tratamento possível para muitas situações e, em muitos casos, o único possível para o problema de muitos órgãos vitais quando estes se encontram em condições irreversíveis, tanto que colocam o paciente como terminal.

As possibilidades geradas pelo desenvolvimento tecnológico, pelas inovações científicas, pela ampla disseminação de novos equipamentos, de drogas e procedimentos cirúrgicos que objetivam prolongar a vida humana, por diversos motivos, acabaram sendo acompanhadas pela escassez de doadores e pelo surgimento dessa modalidade de crime que é o tráfico de órgãos, no qual, conforme apresentado, há compradores e intermediadores que se dirigem aos países onde existe uma porcentagem grande de população de baixa renda e péssimas condições de vida, cidadãos em condições de vulnerabilidade com o objetivo de adquirir órgãos de indivíduos vivos mediante pagamento.

Especialistas em segurança, em saúde e acadêmicos não tem, até o momento informações adequadas sobre a real magnitude do problema e, para dificultar o seu combate, o tema não tem recebido a devida atenção por ser considerado, por muitos, como lenda urbana. Complementarmente, as questões sutis envolvidas em sua categorização aumentam as dificuldades de mostrar sua execução. Se, nas modalidades de tráfico de pessoas para fins de exploração sexual e trabalho é difícil demonstrar a materialidade do crime, uma vez que o “objeto” do crime é a própria vítima, a complexidade é maior no caso do tráfico de pessoas para a extração de órgãos, bem como o tráfico de órgão na sua totalidade conceitual.

Apesar das numerosas reportagens publicadas nos meios de comunicação e dos relatórios de organizações internacionais, ainda pouco se sabe sobre a natureza, real dimensão desse delito e o seu *modus operandi*, devido ao caráter clandestino e aos diferentes agentes envolvidos.

Neste estudo buscou-se apresentar os aspectos bioéticos e os questionamentos que são envolvidos na obtenção de órgãos para transplantes, focando a questão do mercado de órgãos, bem como a percepção da população em geral e de profissionais da saúde sobre o tema.

Os dados gerais da pesquisa indicaram a alta aceitação à doação solidária e a alta discordância na possibilidade de compra de órgãos, tendo como modelos, ou opções, o caso indiano e iraniano. Na perspectiva individual, com um fato concreto de necessidade, observou-se uma aceitação significativa ao pagamento para a obtenção de órgão. A aceitação neste último não foi mais significativa que a da doação solidária, mas indica que uma parcela expressiva dos participantes tenderia a adotar a alternativa do pagamento em um caso extremo, apesar de poderem estar apresentando julgamento moral acerca deste comportamento.

No tocante aos profissionais da saúde, foi identificado que, proporcionalmente, esses profissionais tendem a discordar mais dos benefícios indiretos, como a isenção de impostos e a licença remunerada de 30 dias para quem doa um órgão.

Neste panorama surge a indagação se o sistema mais adequado para obtenção de órgãos seria a regulamentação do mercado, uma vez que os números apresentam uma tendência significativa de os participantes pagarem por um órgão nem casos extremos, quando, se pode concluir, os norteadores morais ficam mais frágeis, já que se trata da sua sobrevivência ou de ente querido.

Argumentos contra e a favor a regulamento do mercado são apresentados, mas a questão de fundo que se apresenta é se é ético criar um sistema que legalize o mercado de órgãos, cujo mote moral é o aumento do número de vidas que podem ser salvas.

Os resultados da pesquisa apresentaram a mudança de respostas em uma perspectiva pessoal ou coletiva sobre a obtenção de órgãos para transplante, com múltiplas abordagens éticas de justificação, demonstrando a necessidade de um aprofundamento da reflexão sobre os aspectos éticos associados às questões envolvidas na captação de órgãos para fins de transplantes.

VII. ANEXO

A. ANEXO I – Instrumento para Coleta de Opiniões sobre Transplantes de Órgãos

Ao devolver este instrumento, você concorda com a utilização destas informações, sem qualquer possibilidade de identificação individual.
Não se identifique, informe apenas estes dados gerais.

Idade: _____

Sexo: ()Fem ()Masc

Profissional de Saúde: ()Sim ()Não

1. Você considera que a doação de órgãos deve ser um ato desinteressado e estritamente solidário?

- a) Concordo b) Discordo c) Não tenho Opinião

2. Você considera que o mercado de órgãos poderia ser sistema justo e benéfico para todos, visando ampliar a possibilidade de realização de transplantes?

- a) Concordo b) Discordo c) Não tenho Opinião

3. Na Índia é possível comprar diretamente um órgão de uma pessoa para realização de transplantes intervivos. Qual a sua opinião?

- a) Concordo b) Discordo c) Não tenho Opinião

4. No Irã o governo é quem compra e regula o mercado de órgãos para transplantes. Qual a sua opinião?

- a) Concordo b) Discordo c) Não tenho Opinião

5. Em vários estados norte-americanos existem benefícios de redução de impostos, na ordem de US\$10.000,00 (dez mil dólares), para quem disponibiliza um órgão para realização de transplantes intervivos. Qual a sua opinião?

- a) Concordo b) Discordo c) Não tenho Opinião

6. Em vários estados norte-americanos um funcionário público, que doa órgão para fins de transplante intervivos, ganha uma licença remunerada de 30 dias, percebendo o valor integral de seu salário. Qual a sua opinião?

- a) Concordo b) Discordo c) Não tenho Opinião

7. Em uma situação extrema, de carência absoluta de órgãos para fins de transplante, você pagaria por um órgão para salvar a sua via ou a vida de algum familiar?

- a) Concordo b) Discordo c) Não tenho Opinião