ASSOCIAÇÃO DOS CONSULTORES LEGISLATIVOS E DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Cadernos ASLEGIS

ISSN 1677-9010 / www.aslegis.org.br

CRITÉRIOS LEGAIS E EQUIDADE NO ACESSO A ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE NO BRASIL

Fábio de Barros Correia Gomes

Cadernos Aslegis, v.11, n.32, p. 29-53, set/dez 2007

CÂMARA DOS DEPUTADOS

Biblioteca DIGITAL CÂMARA

http://bd.camara.leg.br

Critérios legais e eqüidade no acesso a órgãos para transplante no Brasil

Fábio de Barros Correia Gomes[1]

A eqüidade de acesso a órgãos para transplante não depende apenas da legislação que estrutura o programa de transplante, uma vez que é fortemente influenciada pelas ações do Executivo. Entretanto, uma legislação adequada é condição necessária para que resultados eqüitativos sejam alcançados. Existem ameaças à eqüidade no acesso a órgãos no Brasil decorrentes de critérios legais?

[1] Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados - Área de Saúde Pública.

Resumo

Este estudo buscou identificar na legislação federal e em sua regulamentação elementos relacionados à eqüidade de acesso da população aos órgãos doados para transplante no Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia foi qualitativa, baseada em técnicas documentais de revisão de documentos legais do período de 1963 a 2007. Foram analisados: leis, decretos, portarias e resoluções. A análise da eqüidade considerou os princípios de justiça de John Rawls e a abordagem multidimensional de eqüidade em saúde proposta por Amartya Sen. Verificou-se que os critérios legais de acesso aos órgãos da legislação brasileira são abrangentes e orientados para a justiça social, embora situações que ameaçam a eqüidade de acesso tenham sido detectadas: a) quebra de hierarquia entre normas no estabelecimento de critério de gravidade e b) omissões na regulamentação dos pesos de alguns critérios usados para a alocação de órgãos. A correção dos problemas destacados favorecerá à justiça procedimental, a transparência, o controle social e, conseqüentemente, a eqüidade do programa de transplante.

Palavras chave

Transplante – Critérios legais – Órgãos para transplante – Eqüidade.

1 - INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos é uma terapia que substitui um tecido ou órgão de uma pessoa por outro proveniente de um doador, vivo ou morto. O desenvolvimento desse procedimento ocorreu a partir do século XX, após os primeiros transplantes renais satisfatórios, realizados em Paris e Boston, em 1951, por Rene Kuss, Marcel Servelle, Charles Dubost e David Hume (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004a). A necessidade de estruturação de programas de transplante de órgãos exigiu a elaboração de legislações nacionais que permitissem a realização do procedimento e que regulassem os métodos para a retirada de órgãos.

Em 1986, a Bélgica aprovou lei relacionada à retirada e ao transplante de órgãos, adotando o consentimento presumido, em que o cidadão poderia se opor à doação de órgãos durante sua vida e caso não o fizesse seria presumido que era um doador (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004a). Posteriormente, outros países introduziram mecanismos legais relacionados ao transplante. Apesar das variações presentes nessas leis, as mesmas abordam aspectos necessários à realização de transplante de órgãos comuns a qualquer país, a exemplo de definições sobre a retirada de órgãos após o diagnóstico de morte encefálica e os critérios de distribuição de órgãos, os quais serão exemplificados na análise da legislação brasileira.

No caso do Brasil, o programa de transplante de órgãos é freqüentemente citado como um dos exemplos de sucesso do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente são realizados cerca de 15 mil transplantes por ano e quase 100 mil brasileiros já foram transplantados (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007). Entretanto, esse programa não se encontra isolado do contexto da política de saúde e, muito menos, do contexto da política social do Estado de bem-estar brasileiro.

Além das dificuldades decorrentes da crescente demanda da população por órgãos para transplantes, persistem problemas estruturais no sistema público de saúde, que também se refletem no programa de transplantes. Podem ser exemplificados: pela existência de 69 mil pessoas aguardando por transplantes em junho de 2007 (BRASIL, 2007); pelas

denúncias de irregularidades no funcionamento das filas para transplante investigadas pela Câmara dos Deputados (2004a, 2004b) e pelo Tribunal de Contas da União (2006) e pela redução de 1,4% no número de transplantes realizados no País, pela primeira vez desde 2001 (AGÊNCIA ESTADO, 2007). Ocorreu diminuição no número de transplantes de pâncreas, fígado e, principalmente, de coração, além da queda no número de doadores, que passou de 7,4 doadores por milhão de habitantes (p.m.h.) em 2004, para 6 doadores p.m.h. em 2006 (AGÊNCIA ESTADO, 2007).

Sobre a fila para transplante de órgãos, há informações sobre dificuldades em seu funcionamento. Em 2006, existiam no Brasil 7,5 mil pessoas espalhadas pelas 11 filas estaduais do transplante de fígado, sendo que a mais concorrida era a de São Paulo, com 4 mil pessoas, das quais 130, provenientes do Acre (WESTIN, 2006). Considerando que os critérios de funcionamento da fila estão previstos na legislação federal, os quais indicam uma abrangência nacional do acesso, por meio do SUS, percebe-se a necessidade de uma análise mais aprofundada dessa legislação.

Esse estudo buscou identificar aspectos na legislação federal relacionados à eqüidade no acesso a órgãos para transplante no Brasil. A eqüidade foi considerada como o princípio de ser justo com todos, com referência a um conjunto definido e reconhecido de valores (European Observatory on Health Systems and Policies, 2006). Sendo os princípios de justiça fundamentais para a conceituação da eqüidade, utilizou-se como referência a teoria de justiça de John Rawls (2003), denominada de justiça como eqüidade (*justice as fairness*), a qual valoriza as liberdades básicas do indivíduo, mas também justifica a correção das desigualdades sociais e econômicas.

Mais especificamente, o conceito de eqüidade em saúde utilizado baseou-se na abordagem multidimensional de Amartya Sen (2006), que inclui aspectos de obtenção ("*achievement*") da saúde e de capacidade ("*capability*") para alcançar uma boa saúde, não apenas a distribuição do cuidado de saúde (SEN, 2006). Sen ressaltou que o conceito também inclui a justiça dos procedimentos institucionais, como, por exemplo, ao conferir importância a não discriminação no oferecimento do cuidado de saúde. Além disso, indicou que o conceito deve estar integrado "com

aspectos mais amplos da justiça social e da eqüidade total, prestando adequada atenção à versatilidade dos recursos e ao alcance e impacto diversos de diferentes arranjos sociais" (SEN, 2006, p. 31, tradução nossa).

2 - METODOLOGIA

A análise da regulamentação sobre o acesso a órgãos para fins de transplante no Brasil demandou observação do componente normativo federal dessa política pública, contido em leis (Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde e Lei dos Transplantes), decretos, portarias do Ministério da Saúde e resoluções.

Para analisar essa complexa legislação, recorreu-se a grupos temáticos relevantes para a discussão da eqüidade. Os temas mais diretamente relacionados foram os princípios de justiça social e os princípios de acesso às ações e serviços de saúde (incluindo os critérios específicos para o acesso a transplante de órgãos). Entretanto, devido à utilização de uma abordagem sistêmica para consideração da eqüidade em saúde, conforme o conceito de Sen (2006), também foram incluídos na análise temas associados ao contexto de aplicação dos critérios de alocação de órgãos. Assim, também foram analisados: a estruturação do programa de transplante, dispositivos que influem na disponibilidade de órgãos, sanções relacionadas ao descumprimento da Lei dos Transplantes, competências para a regulamentação da política de transplante e a transparência das informações sobre transplantes.

3 - ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO FEDERAL SOBRE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS DO BRASIL

A elaboração legislativa na área dos transplantes iniciou em 1963 e acompanhou a evolução tecnológica desse setor, tornando-se cada vez mais complexa. A Constituição de 1988 foi um relevante marco, pois vedou a comercialização de órgãos e demandou a elaboração de lei específica sobre transplantes. Antes de 1988, foram elaboradas a Lei nº 4.280, de 1963 e a Lei nº 5.479, de 1968. Após a Constituição, já no

contexto do SUS, foram elaboradas a Lei nº 8.489, de 1992 e a atual Lei dos Transplantes, a Lei nº 9.434, de 1997. Esta foi modificada em 2001 pela Lei nº 10.211 e, mais recentemente, pela Lei n° 11.521, de 2007.

O Decreto nº 2.268, de 1997, que regulamentou a Lei dos Transplantes, não foi atualizado de acordo com as revisões na Lei, de modo que possui dispositivos desatualizados. Esse Decreto delineou o funcionamento da lista única nacional de receptores. A Portaria do Ministério da Saúde (MS) n.º 3.407, de 1998, detalhou o funcionamento do sistema de lista única (incluindo os critérios de alocação), composto por listas estaduais, por tipo de órgãos. As normas elaboradas entre 1997 e 1998 impulsionaram o crescimento do programa de transplante do Brasil. Após 1998, observou-se tendência de regulamentação para cada tipo de transplante por meio de portaria específica do Ministério da Saúde, provocando fragmentação da regulamentação.

Os tópicos seguintes destacam elementos relevantes para a eqüidade de acesso aos órgãos, observados na legislação federal, segundo os grupos temáticos referidos no item 2.

3.1 - PRINCÍPIOS DE JUSTIÇA SOCIAL

O texto da Constituição Federal está repleto de referências à justiça social, as quais norteiam a implementação de políticas públicas no País. Já no preâmbulo, destaca-se que nosso Estado democrático destina-se a assegurar direitos sociais e individuais, incluindo a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos da sociedade. A preocupação com a justiça social está expressa dentre os objetivos fundamentais da nossa República: erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais (art. 3º). O apreço à igualdade é destacado na determinação de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (art. 5º). A aversão à desigualdade de tratamento dos brasileiros está expressa na vedação à União e às unidades federadas de criarem distinções entre brasileiros ou preferências entre si (art. 19).

A associação entre os princípios de liberdade, de igualdade e de justiça social é observada na definição de que a ordem econômica é fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa e que tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social (art. 170). O mesmo se observa no caso da ordem social, que tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais (art. 193). Para a seguridade social, onde se inserem as políticas de previdência, de assistência social e de saúde (que inclui a de transplante de órgãos), foram definidos objetivos, dentre os quais se destacam: a universalidade da cobertura e do atendimento; a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços e a eqüidade na forma de participação no custeio (art. 194). Vale destacar que o artigo 194 é o único da Constituição que menciona a expressão "eqüidade", referindo-se à solidariedade no financiamento das ações da seguridade entre as unidades federadas.

A Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 1990, ao reconhecer a existência de fatores condicionantes e determinantes da saúde[2], considerou as múltiplas dimensões da eqüidade em saúde num contexto de ordem social liberal, o que revela a utilização de um conceito de eqüidade em saúde próximo ao adotado por Sen (2006). Mais especificamente, a preocupação com a eqüidade na distribuição dos órgãos foi explicitada no preâmbulo da Portaria do Ministério da Saúde n.º 3.407, de 1998, que apresenta o regulamento técnico sobre transplantes, o que se repetiu em várias portarias posteriores relacionadas ao transplante de órgãos.

Ao analisar os princípios constitucionais e as diretrizes do SUS, como a universalidade e integralidade das ações, Porto (2003, p.2) inferiu que "a igualdade de oportunidade de acesso as ações e aos serviços de saúde preconizado na legislação, enquadra-se conceitualmente na concepção de justiça elaborada por Sen". Diante dos elementos apresentados, fica evidente que o acesso eqüitativo aos serviços de saúde

[2] O art. 3º, da Lei nº 8.080, de 1990 identificou como fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

é uma demanda acordada pela sociedade brasileira, que deve ser obedecida pelas instituições da estrutura básica de nossa sociedade, pois está expressa em nossa Constituição, na regulamentação do SUS e, conseqüentemente, na política de transplante de órgãos. A orientação da legislação na direção da justiça social e da eqüidade favorece a aplicação dos princípios de justiça de Rawls e da abordagem de Sen na análise os critérios legais de acesso a órgãos para transplante.

3.2 - PRINCÍPIOS DE ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo a Constituição, a saúde é direito de todos e dever do Estado e tal direito será garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). O direito constitucional à saúde é um fundamento que promove a eqüidade. O relatório final da *Knowledge Network on Health Systems* da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007) indicou que os sistemas de saúde importam como fatores que podem determinar iniqüidades em saúde, alertando para o fato de que podem falhar ao criar barreiras de acesso geográficas ou financeiras para os grupos menos favorecidos da população. Logo, os critérios legais de acesso a serviços do SUS devem atentar para que tais barreiras sejam evitadas e suprimidas.

Observa-se na Carta Magna especial atenção para com o acesso prioritário de crianças e adolescentes a uma série de direitos, dentre os quais a saúde (art. 227). A prioridade na atenção à saúde da criança pode ser detectada em aspectos específicos da regulamentação dos transplantes, pois há portarias que conferem prioridade na alocação de órgãos para crianças (como no caso do fígado e da medula óssea).

Os constituintes indicaram que o acesso a uma ampla gama de ações e serviços públicos de saúde seria propiciado por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único (art. 198), que possui dentre suas diretrizes de organização: a descentralização,

com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade. Segundo esses princípios, o acesso a serviços complexos como os transplantes de órgãos também devem ser oferecidos à população.

A organização do SUS em níveis de complexidade crescente e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na prestação dos serviços pelos municípios, complementam o arcabouço de princípios e diretrizes relacionados ao acesso à saúde por meio do SUS previstos na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde. Esses princípios pretendem conferir racionalidade no acesso ao SUS, evitando duplicação de esforços e desperdício de recursos. A gratuidade dos serviços do SUS, explicitado na Lei Orgânica da Saúde, é outro relevante princípio de acesso que coloca o sistema brasileiro em evidência perante outros países.

A Lei Orgânica da Saúde também fez referência à igualdade sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie na atenção à saúde, de modo que valorizou o aspecto procedimental no oferecimento dos serviços, elementos que evocam a oportunidade igual oferecida por instituições da estrutura básica da sociedade, defendida por Rawls, e a preocupação com a não discriminação no oferecimento de serviços de saúde explicitada por Sen (2006). Essa Lei também menciona a responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da sociedade no cuidado à saúde, reforçando a característica liberal de nosso ordenamento jurídico e adotando um princípio que não está explícito na teoria de Rawls (2003), mas que foi defendido por Ronald Dworkin (2005).

Considerando especificamente o acesso a órgãos para transplante, é curioso observar que no art. 199 da Constituição, dedicado à assistência à saúde prestada pela iniciativa privada, foram incluídas determinações específicas de interesse para o transplante de órgãos. O § 4º do referido artigo indicou que uma lei disporia sobre condições e requisitos para facilitar a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, vedando todo tipo de comercialização. A vedação ao comércio de órgãos conformou um sistema em que o acesso aos órgãos para transplante fundamenta-se em um

princípio de solidariedade: a doação de órgãos. Essa representa uma importante conquista de nossa sociedade, pois dificulta a exploração econômica de uma população socialmente vulnerável.[3]

Nossa legislação valoriza o acesso público aos órgãos. A Lei dos Transplantes de 1997 desestimulou tentativas de particularizar o acesso, chegando a considerar crime a divulgação de apelos públicos para a obtenção de tratamento para pessoa determinada. A Lei também determinou a realização de campanhas de esclarecimento para estimular a doação, que é a base do acesso público aos órgãos.[4] Entretanto, a legislação federal também permite um acesso mais particularizado, pois além da doação *post mortem*, associada ao sistema público de lista de espera, é permitida a doação proveniente, sob condições restritas, de doador vivo para beneficiar pessoa específica.

Sobre os doadores vivos, a Lei dos Transplantes, buscou promover a segurança do procedimento para o doador, para o receptor, além de tentar evitar o abuso representado pela comercialização de órgãos, pois esse tipo de doação não obedece a dinâmica das filas de espera. Os critérios para doação entre vivos foram atualizados na revisão da Lei realizada em 2001. Foram especificados novos níveis de parentesco entre doador e receptor admitidos (até o quarto grau) e permitida a doação para não-aparentados, na dependência de autorização judicial. Na redação original de 1997 não havia menção a essas restrições. Curiosamente, a lei em vigor em 1992 era mais rigorosa que a atual, pois limitava o parentesco até o segundo grau e exigia autorização judicial para doação a pessoas não relacionadas. Atualmente, existe a preocupação quanto aos critérios vigentes, pois não se observa redução da proporção de doadores vivos nos transplantes de rins realizados no País; uma tendência inversa aos programas de transplante da Europa e, mais recentemente, dos EUA.

[3] Preocupada com a questão da comercialização, a CPI sobre tráfico de órgãos (2004a), recomendou a revisão a Portaria do MS nº 937, de 1999, que permite a importação de córneas, devido a insuficiente referência ao tema da não comercialização desse tecido humano. No entanto, a Portaria continua vigendo sem alteração.

[4] É preciso considerar que o estímulo às campanhas de esclarecimento precisam ser acompanhadas por medidas que permitam efetivar a captação e utilização de órgãos, para evitar frustração nas famílias dos doadores.

Quanto à doação a partir de doador cadáver, a Lei dos Transplantes não fez menção, em 1997, à lista de espera, embora o Decreto nº 2.268, de 1997, que a regulamentou, o tenha feito. Em 2001, foi incluído no texto da Lei a exigência da lista de espera. O legislador, no entanto, não explicitou critérios, ainda que gerais, para inclusão de pessoas na lista, nem de distribuição de órgãos para os participantes da lista. Assim, houve preocupação apenas em indicar um regime de distribuição de órgãos, baseado em listas únicas de espera, uma aplicação de um princípio de igualdade.

Presume-se que o significado pretendido com a inclusão na Lei dos Transplantes da expressão "lista única" foi o de um "sistema de lista única" (termo usado na Portaria n.º 3.407, de 1998). Essa denominação e a prática concreta da implantação do Sistema Nacional de Transplante (SNT) já existiam desde 1998 e como princípio, desde 1997, pois o Decreto nº 2.268, de 1997, já tinha delineado um sistema em que o acesso aos vários tipos de órgãos é efetivamente controlado no nível estadual, conforme detalhado na Portaria n.º 3.407, de 1998. O Decreto nº 2.268, de 1997, atribuiu ao SNT o gerenciamento da "lista única nacional de receptores" e na Lei dos Transplantes a denominação utilizada a partir de 2001 foi "lista única de espera".[5] [6]

O mencionado Decreto ofereceu a primeira orientação sobre o funcionamento da lista de espera, ao explicitar as atribuições das CNCDO; como também a primeira menção normativa à ordem de inscrição na lista de espera. Assim, o Decreto nº 2.268, de 1997, conformou um sistema constituído pelo conjunto de listas estaduais, classificadas por diferentes tipos de órgãos, respeitando a ordem de inscrição e a compatibilidade biológica entre doador e receptor e com abrangência nacional, na medida em que os órgãos não aproveitados nos estados seriam disponibilizados para a lista nacional.

[5] O Decreto foi elaborado num período em que vários países, como França e EUA, debatiam as diferenças de acesso regionais e buscavam uma maior eqüidade no plano nacional.

[6] Diante da experiência de atuação das centrais de transplante, destaca-se que a ambigüidade da expressão "lista única" poderia ter sido sanada no processo de revisão da lei em 2001, por meio do emprego da expressão "sistema de lista única".

Sobre a inscrição no sistema de lista única, a Portaria n.º 3.407, de 1998, determinou que a mesma será realizada pela CNCDO do local de residência do candidato a receptor. Essa Portaria flexibilizou o critério de local de residência, seguindo a determinação do Decreto nº 2.268, de 1997, permitindo opção por parte do receptor em caso de dupla inscrição. Sobre esse aspecto, é possível que pacientes com recursos para transferir residência para outros estados, onde os tempos de espera sejam menores, possam ter acesso a órgãos com mais facilidade. Também pode haver desigualdade de acesso se os critérios de inscrição nos diversos estados variarem, favorecendo indivíduos que entrarem precocemente numa lista e depois transferirem seu tempo de espera para outro estado (o que é permitido pela Portaria) onde os habitantes enfrentem critérios mais rigorosos de inclusão.

A Portaria n.º 3.407, de 1998, definiu que o sistema de lista única, para cada tipo de órgão, parte ou tecido, possui três níveis de integração expresso nas listas nacionais, estaduais e regionais. Uma maior organização da lista nacional de receptores, visando explicitamente à eqüidade, entretanto, só ocorreu a partir do ano 2000. A Portaria nº 901, de 2000, criou a central nacional, a qual foi regulamentada pela Portaria nº 91, de 2001, que dividiu os estados em quatro regiões e indicou a ordem de atendimento nos vários níveis de integração, com prioridade para o nível estadual e da região a que pertence o estado. Percebe-se a grande latência entre a primeira menção à lista única nacional em 1997 e sua efetivação em 2001, pelo menos no nível formal.

Com relação aos critérios de alocação de órgãos, o Decreto nº 2.268, de 1997, conferiu ao SNT papel crucial como coordenador e definidor de critérios de acesso específicos aos órgãos, uma vez que nenhuma norma hierarquicamente superior estabeleceu critérios específicos de distribuição de órgãos. Como critérios de acesso aos órgãos, o Decreto estabeleceu: a necessidade terapêutica, o respeito a listas de exclusão expedidas pelo SNT, a dependência de exames laboratoriais para verificação de compatibilidade entre doador e receptor e a obediência à ordem de inscrição em CNCDO estadual. A indicação da destinação dos órgãos seria feita pela CNCDO. Foram admitidas apenas duas exceções para não observação da ordem de inscrição,

relacionadas a questões operacionais (distância e condições de transporte) e às condições de saúde do receptor (iminência do óbito).

O Decreto nº 2.268, de 1997, estabeleceu uma combinação de vários princípios éticos e de eqüidade para a alocação de órgãos, subordinados à necessidade terapêutica. Dentre os princípios éticos[7] presentes no Decreto destacam-se: o de igualdade (ordem de inscrição), o da distribuição eficiente (a compatibilidade biológica e o privilégio do nível estadual de distribuição, para evitar perda de órgãos, que poderia ocorrer com a demora nos deslocamentos necessários a realização de transplantes) e o princípio da compaixão (iminência do óbito). Além desses princípios éticos, utilizou-se o princípio da eqüidade, expresso na possibilidade de aproveitamento de órgãos não utilizados em um estado de acordo com uma lista nacional.

A iminência do óbito poderia ser considerada como aplicação extrema de um critério de gravidade, entretanto, o Decreto só explicitou a primeira situação, numa típica referência a um princípio de compaixão. A Portaria n.º 3.407, de 1998, que detalhou o funcionamento do sistema de lista única e dos critérios de distribuição de órgãos, especificou as situações de iminência de óbito e não fez referência a um critério de gravidade. Mesmo assim, o critério de gravidade (não relacionado à iminência do óbito) tem sido adotado pelo SNT por meio de portarias (uma norma hierarquicamente inferior a um decreto).[8]

No caso da nova regulamentação infra-legal a respeito dos critérios de alocação de fígado para transplante, o Ministério da Saúde decidiu pela sua alteração, por meio da Portaria nº 1.160, de 2006, incluindo o critério de gravidade de estado clínico. Esse critério baseou-se no sistema *Model for End-stage Liver Disease* (MELD) e *Pediatric*

[7] Segundo classificação elaborada por Nikola Biller-Andorno e Roberto Andorno (2001).

[8] A Portaria n.º 3.407, de 1998, considerou urgente o transplante de córnea em crianças, onde não se observa iminência de morte mas a gravidade da situação, pois o desenvolvimento neurológico da visão completa-se na infância. No caso dos critérios de alocação de fígado, em 2006 (Portaria nº 1.160, de 2006) houve referência explícita a critério de gravidade. Também é possível observar priorizações por gravidade na regulamentação do transplante de medula óssea (Portaria n.º 1.316, de 2000).

End-stage Liver Disease (PELD), desenvolvidos na Clínica Mayo e modificado pela *United Network for Organ Sharion* - UNOS, um modelo matemático que estima o risco de mortalidade de uma pessoa com doença hepática terminal com base em exames laboratoriais de rotina (ALIANÇA BRASILEIRA PELA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS, 2007). Em ambos os casos, o tempo de lista é usado como critério de desempate.

Não se questiona a atribuição do SNT para regulamentar o Decreto, entretanto o órgão pode ter excedido sua competência ao incluir critérios de exceção à observação da ordem de espera, por meio de normas hierarquicamente inferiores (portarias) a que definiu esses critérios (decreto). Independente do mérito técnico, a situação de inadequação do processo de regulamentação pode ameaçar a eqüidade, por ameaçar a hierarquia do sistema normativo e, conseqüentemente, a justiça dos procedimentos. Assim, caberia uma revisão, pelo menos no nível de decreto, para resolver a situação de quebra na hierarquia das normas.

Outra problema relacionado à aplicação dos critérios de alocação de órgãos refere-se à incompleta regulamentação a respeito da aplicação efetiva dos critérios de alocação. É fato que critérios para determinação de precedência específicos para alocação de cada tipo de órgão, parte e tecido captado foram estabelecidos pela Portaria n.º 3.407, de 1998. No regulamento técnico de 1998, anexo à Portaria, existem critérios excludentes e de classificação. O tempo de espera está presente como um dos critérios de classificação para todos os tipos de órgãos. Entretanto, não foram atribuídos os pesos relacionados a cada critério. A Portaria mencionou que uma "árvore de decisão" seria regulamentada por portaria, contudo apenas se detectaram algoritmos classificatórios em portarias para o caso do transplante de medula óssea e de fígado.[9]

No caso específico do transplante conjugado de rim e pâncreas e do transplante isolado de pâncreas, a Portaria do Ministério da Saúde nº 935, de 1999, não apresenta um sistema prévio e exaustivo de decisão para seleção de receptores, pois no caso de um número maior de

[9] No caso da medula óssea, existem critérios de urgência e de curabilidade quantificados em tabela que especifica várias patologias.

receptores, em relação aos doadores de pâncreas, a Coordenação do SNT deverá ser comunicada para o estabelecimento dos critérios mínimos de distribuição.

Aparentemente, um sistema informatizado possui os algoritmos de classificação usados para a seleção dos receptores, cuja publicação em portaria não foi detectada. A Portaria nº 783, de 2006, determinou a obrigatoriedade de utilização dos sistemas de informação desenvolvidos pelo SNT e pelo Datasus para alimentação das informações sobre doação e transplantes e para gerenciamento das listas de espera para transplantes de órgãos em todo o território nacional. O manual desse sistema não está disponível no sítio da Internet do SNT ou do Datasus. Assim, os pesos atribuídos a cada critério de alocação de órgãos estão sujeitos a modificações por meio de simples alterações em um programa de computador, autorizadas pelo SNT, sem a publicidade proporcionada pelas portarias.

Destaca-se, ainda, que nem todos os estados estão usando o mesmo sistema informatizado, como esperado. Por exemplo, no caso do transplante de córnea e de rim, o Estado de São Paulo utiliza sistema próprio com critérios diferenciados (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007). O uso de critérios diferenciados pode afetar a homogeneidade da aplicação dos critérios de alocação nos estados. É certo que a Portaria n.º 3.407, de 1998, exige cópia dos critérios estaduais do sistema de lista única, admitindo, pois, a existência de critérios não homogêneos entre as CNCDO. Além disso, o art. 37 do regulamento técnico anexo a essa Portaria permite a elaboração de critérios estaduais suplementares para a distribuição de órgãos, que não sobrepujem os do SNT. Se essa competência estadual não for estritamente observada, a competência do SNT em estabelecer tais critérios, conforme previsão de normas hierarquicamente superiores será violada.

Devido à insuficiente divulgação pelo nível nacional dos critérios de alocação de órgãos utilizados nos diferentes estados, não se pode avaliar o efeito dessa diferença sobre a eqüidade de acesso aos órgãos para transplante. Diante das informações disponíveis não é fácil afirmar que algum estado utilize critérios que sobrepujem os do SNT. Tampouco análises e manifestações oficiais sobre o tema estão disponíveis. Entretanto, a própria situação de desconhecimento público representa, por si, uma ameaça à eqüidade, pois dificulta o controle social.

Também há necessidade de regulamentação de critérios para inclusão de pessoas nas listas de espera, os quais não foram explicitados no regulamento anexo à Portaria n.º 3.407, de 1998. A omissão tem sido resolvida de forma fragmentada para cada tipo de órgão, como foi o caso da lista de espera para fígado. Em 2002, a Portaria nº 541, aprovou critérios para cadastramento de candidatos a receptores de fígado (doador cadáver) na lista única das CNCDO. Algumas das câmaras técnicas de transplante criadas a partir de 2004 para assessorar o SNT receberam atribuição de sugerir critérios de inclusão nas listas de espera, mas vários órgãos persistem sem critérios, publicados em portaria, para inclusão de candidatos nas filas de espera. Detectou-se, ainda, que não há padronização de critérios que orientem as equipes de transplante como proceder nas situações em que o órgão disponível não seja ideal para transplante em um caso, mas poderia beneficiar algum outro inscrito. Essa situação pode gerar desperdício de órgãos.

3.3 - ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE TRANSPLANTE

O SNT é uma instituição inserida no SUS, cuja adequada estruturação possibilita o oferecimento da oportunidade justa e da igualdade de tratamento dos cidadãos, necessárias à aplicação eqüitativa dos critérios de acesso aos órgãos para transplante. O adequado funcionamento do SNT também pode reduzir o nível de escassez de órgãos disponíveis para transplante, por meio do aumento nos níveis de doação de órgãos.

A estruturação do SNT foi abordada na legislação a partir de 1997 pela Lei dos Transplantes, suprindo omissão fundamental das leis anteriores. A Lei nº 9.434, de 1997, estabeleceu a necessidade de autorização de equipes de transplante e dos estabelecimentos que realizam o procedimento pelo SNT. O Decreto nº 2.268, de 1997, detalhou a estrutura do SNT e suas competências, destacando-se a função de gerenciamento da lista única nacional de receptores. A Portaria n.º 3.407, de 1998, abordou questões administrativas, como a criação do Grupo Técnico de Assessoramento (GTA) e o funcionamento das Coordenações Estaduais de Transplantes, e técnicas, por meio da aprovação do regulamento técnico sobre transplantes.

Esse arcabouço legal determinou forte centralização da gestão do programa de transplante na atuação do Ministério da Saúde, por meio da coordenação nacional do SNT. Grande parte do esforço administrativo é despendido em atividades de autorização de equipes especializadas e de estabelecimentos de saúde, públicos ou privados de todo o País, muitas vezes de modo burocrático (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007), enquanto atividades de divulgação de dados, análises e indicadores de avaliação do sistema apresentam carências evidentes (MARINHO, 2006). Por exemplo, o Ministério da saúde emitiu 2.395 portarias contendo a expressão transplante de 1988 até agosto de 2007.[10] Muitas dessas portarias tratam de questões administrativas, como as relacionadas às equipes de transplante (1.044 portarias), bem como aos aspectos logísticos e financeiros da estruturação e manutenção do SNT.

Na estrutura do SNT, foram criadas por portaria, a partir de 2004, várias câmaras técnicas para apoiar o processo de definição de normas. As primeiras câmaras técnicas tratavam de órgãos cuja alocação provocavam mais polêmica, como: fígado, medula óssea e córnea. Entretanto, ao longo dos anos outras câmaras foram estabelecidas, como as de: tecidos, pulmão, rim, histocompatibilidade, pâncreas e intestino. Também nesse processo, percebe-se fragmentação, pois algumas das câmaras possuem indicação mais objetiva de sua finalidade, como a elaboração de critérios de inclusão na fila de espera e de distribuição de órgãos, enquanto para muitas apenas foi indicada a sua composição e a freqüência de reuniões. Os relatórios sobre o funcionamento das câmaras técnicas não estão disponíveis no sítio da Internet do SNT. Assim, há dificuldade em analisar o papel efetivo dessas estruturas no SNT, embora existam indícios de que o conjunto das câmaras não esteja funcionando como deveria (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007). Há, porém, exemplo de atuação relevante, como foi o trabalho da câmara técnica de transplante de fígado, que resultou em mudanças consideráveis nas atividades relacionadas.

A regulamentação das CNCDO, particularmente as estaduais, foi fundamental para a estruturação do SNT, pois essas instituições são

[10] Busca realizada no sítio da internet do Saúde Legis do Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm).

as responsáveis pelo gerenciamento do sistema de lista única no nível estadual, que representa o primeiro nível efetivo de distribuição de órgãos. É digno de registro que o art. 12 do texto original da Lei nº 9.434, de 1997, que tratava da organização de centrais de transplante nos estados, foi vetado pelo Executivo, alegando-se sua inconstitucionalidade, uma vez que interferia na competência daquele Poder em organizar sua estrutura (BRASIL, 1997).[11] Apesar de inadequada em sua forma, a preocupação do legislador não era infundada, visto que ainda hoje existem dois estados que não dispõem de central de transplante. De todo o modo, o funcionamento das centrais foi regulamentado pelo Decreto nº 2.268, de 1997 e detalhado pela Portaria n.º 3.407, de 1998.

As comissões intra-hospitalares de transplante, baseadas no modelo de atuação do sistema espanhol de transplantes, representam outra estrutura do SNT com grande potencial para aumentar a captação de órgãos. A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.752, de 23 de setembro de 2005, determinou que todos os hospitais com mais de 80 leitos criassem tais comissões, entretanto seu desenvolvimento tem sido desigual nos vários estados e a integração com as coordenações estaduais de transplante apresenta dificuldades (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Observa-se, pois, que a regulamentação sobre a estrutura e funcionamento do SNT é abrangente, detalhada, fragmentada, promotora da centralização do sistema no nível federal e preocupada em fornecer os recursos financeiros para apoiar os procedimentos que são regulamentados tecnicamente. Entretanto, nem sempre os instrumentos criados pelas normas para aumentar a eficiência do sistema tem funcionado como pretendido.

É preciso destacar que problemas resultantes de deficiências na estrutura do SNT e do SUS podem afetar a adequada aplicação dos critérios de alocação de órgãos. Por exemplo, a Portaria nº 1.160, de

[11] A preocupação em preservar as competências de outros entes federados, entretanto não se observou quando portarias federais (de nível hierárquico inferior a leis e decretos) determinaram, ao invés de estabelecer princípios de funcionamento, a criação de estruturas em outras unidades federadas, com prazo determinado, como foi o caso da criação das câmaras técnicas de fígado nos Estados.

2006, estabeleceu períodos de validade para os exames usados no cálculo do MELD e do PELD, que variam entre sete dias a doze meses, de modo que qualquer atraso na realização desses exames prejudicará a situação do inscrito na lista de espera e poderá ser fonte de desigualdade. Percebe-se que diferenças nos recursos dos sistemas de saúde dos estados podem causar diferenças no funcionamento das listas de espera, resultando em prejuízo à eqüidade de acesso.

3.4 - DISPOSITIVOS QUE INFLUEM NA DISPONIBILIDADE DE ÓRGÃOS

Certamente, a adequada estruturação do SNT, abordada no item anterior, influencia a disponibilidade de órgãos para transplante, mas é possível destacar dispositivos destinados diretamente a reduzir a escassez de órgãos e aumentar a eqüidade de acesso aos mesmos.

A Lei nº 9.434, de 1997, procurou ampliar a quantidade de órgãos disponíveis para transplante por meio da adoção do consentimento presumido de doação por todos os indivíduos falecidos. Entretanto, a não aceitação do consentimento presumido pela sociedade fez com que esse dispositivo fosse suprimido por meio de várias Medidas Provisórias e, finalmente, abolido pela Lei nº 10.211, de 2001, prevalecendo a autorização da família na definição da doação de órgãos.

Essa reação foi tão extremada que se excluiu do texto da Lei menção ao desejo expresso do doador manifestado em vida, possibilidade explicitada em leis anteriores, como na Lei nº 8.489, de 1992, na Lei nº 5.479, de 1968 e na Lei nº 4.280, de 1963. Devido à modificação realizada em 2001, o art. 14 do Decreto nº 2.268, de 1997, que trata da doação presumida de órgãos, não pode ser aplicado, indicando a necessidade de revisão desse Decreto. O insucesso da tentativa de implantação do consentimento presumido sugere que dispositivos legais não são suficientes para garantir modificações relevantes na implantação de uma política pública e que as leis precisam estar em sintonia com os desejos da sociedade. No caso específico, há indício de insuficiente debate público no processo de elaboração da lei, pois a reação da sociedade não se apresentou no momento de sua aprovação pelo Congresso Nacional, mas por ocasião de sua implantação.

Um relevante instrumento para aumentar a captação de órgãos foi instituído por lei em 1992 e mantido na Lei dos Transplantes: a notificação da morte encefálica pelos serviços de saúde, uma vez que o diagnóstico oportuno é crucial para o aproveitamento dos órgãos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004a). Entretanto, questões técnicas, relacionadas à capacitação de profissionais que realizam esse diagnóstico, e operacionais, associadas a recursos necessários à realização de exames complementares e de manutenção dos potenciais doadores em unidades de terapia intensiva, ainda precisam ser superadas para que esse dispositivo possa ser empregado com maior eficiência no Brasil.

3.5 - SANÇÕES

Sanções penais e administrativas representam meios para coibir desvios de conduta e punir crimes, para coibir procedimentos injustos, contrários ao que foram acordados para o funcionamento das instituições públicas. A Lei dos Transplantes prevê vários crimes, incluindo à realização de transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 da Lei, o que regulamenta a lista de espera e o consentimento do receptor. A pena prevista para esse tipo de crime é de detenção de seis meses a dois anos. Curiosamente, as sanções administrativas previstas nessa Lei não abrangem as instituições envolvidas nesse tipo de crime.

É relevante a constatação de que crimes relacionados ao descumprimento da lista de espera e ao comércio de órgãos, dentre outros, são passíveis de punição específica. A CPI sobre tráfico de órgãos humanos detectou a utilidade desses dispositivos em processos contra suspeitos de promover a venda de rins de residentes do Recife na África do Sul (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004a).

3.6 - COMPETÊNCIAS PARA A REGULAMENTAÇÃO

A competência de regulamentar o SNT tem sido exercida intensamente pelo Ministério da Saúde, pela própria necessidade determinada pelo arranjo centralizado do programa de transplante. No conjunto, a regulamentação sobre as exigências técnicas e os recursos necessários à realização dos vários e complexos tipos de transplante é

abrangente e está presente no nível de portaria. Nas portarias elaboradas a partir de 1999, percebe-se tendência de fragmentação da normatização, pois ao invés de modificações no regulamento técnico dos transplantes de 1998 (que seriam mais fáceis de acompanhar), multiplicaram-se portarias específicas para os diversos tipos de transplantes. A tendência de fragmentação gera a necessidade de acompanhamento de cada portaria emitida para que se componha o quadro normativo do setor. Essa fragmentação poderia ser minimizada por modificações em itens específicos de um menor número de regulamentos técnicos.

Também se percebe na regulamentação dos transplantes, que alguns setores, marcadamente o de banco de olhos, o de medula óssea e o de importação de órgãos estão regulamentados por portarias do Ministério da Saúde, relacionadas ao SNT, e por resoluções da Anvisa. Por exemplo, a Resolução RDC da Anvisa nº 154, de 2004 (republicada em 31 de maio de 2006) trata da inscrição na CNCDO para realizar transplante renal de pessoa atendida em serviço de diálise. Assim, é possível a ocorrência de conflito de competência na elaboração de normas, cabendo ao Ministério da Saúde coordenar e integrar esse processo. Igualmente necessária é a atuação do Ministério da Saúde para que se verifique se a competência de regulamentação suplementar dos estados está sendo exercida de acordo com os critérios definidos pelo SNT, de modo a não provocar desigualdades regionais.

Apesar da profusão de portarias, foram detectadas carências relevantes na regulamentação. Inicialmente, destaca-se a necessidade de revisão das normas técnicas. Por exemplo, o Decreto nº 2.268, de 1997, apresenta vários dispositivos relacionados ao consentimento presumido e ao processo de doação entre vivos, que estão desatualizados desde 2001. A Câmara dos Deputados recomendou a revisão da Portaria do MS nº 937, de 1999, que permite a importação de córneas, entretanto a mesma está vigendo sem revisão (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004a). Também demandam revisão e elaboração de novas normas, como destacado no item 3.2: a adoção de critérios de gravidade na distribuição de alguns órgãos (já implantados por meio de portarias, ainda que não previstos por lei ou decreto); a necessidade de definição de critérios para inclusão das pessoas nas listas de espera (lacuna existente

para vários tipos de órgãos) e de padrões para a rejeição de órgãos por equipes transplantadoras.

3.7 - TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES SOBRE TRANSPLANTES

A transparência favorece o controle social sobre a justiça dos procedimentos adotados pelas instituições públicas e deve ser ampliada para que a sociedade conheça os critérios que estão sendo efetivamente utilizados para a alocação de órgãos, de modo que sejam evitadas situações de discriminação. A transparência das informações foi considerada pela legislação federal, enfatizando a guarda de documentos, mas não se ocupou em garantir que pessoas inscritas em listas de espera de todo o Brasil tenham acesso a informação sobre sua situação na lista de espera, como já ocorre para os residentes do Estado de São Paulo.

A transparência do programa também seria elevada caso fosse reduzida a fragmentação de regulamentos, que dificulta a compreensão do componente normativo por não especialistas e, conseqüentemente, o controle social exigido pelo SUS. A transparência também seria maior caso houvesse maior divulgação de análises sobre o funcionamento do SNT pelo nível nacional e das recomendações das câmaras técnicas de transplante. Reafirma-se a necessidade identificada por Marinho (2006) de que o SNT amplie a divulgação de informações. Um programa do porte do brasileiro necessita de avaliações profundas e sistemáticas, acessíveis ao público e à comunidade acadêmica em geral, não apenas aquela dedicada à realização dos transplantes, pois a busca pela eqüidade envolve questões multidisciplinares.

Um aspecto que causa especial preocupação já foi mencionado no item 3.2: a dificuldade de acesso de médicos e inscritos nas listas de espera aos critérios (alguns não publicados em portaria) utilizados por sistemas informatizados no processo de distribuição de órgãos.

No caso da Portaria nº 541, de 2002, que aprovou critérios para cadastramento de candidatos para o transplante de fígado, foi conferido considerável nível de discricionariedade para o funcionamento das câmaras técnicas estaduais de transplante de fígado, órgãos responsáveis, por exemplo, pela avaliação e autorização da inscrição de pessoas com

mais de 70 anos. Esse tipo de responsabilidade precisa ser transparente o suficiente para permitir o controle social.

As conclusões do estudo, considerando a análise da legislação, são apresentadas a seguir.

7 - CONCLUSÃO

A legislação federal sobre transplante de órgãos do Brasil apresenta critérios legais de acesso que são abrangentes e orientados para a justiça social, embora situações que ameaçam a eqüidade de acesso tenham sido detectadas, particularmente: a quebra de hierarquia entre normas no estabelecimento de critério de gravidade e omissões na regulamentação dos pesos de alguns critérios usados para a alocação de órgãos. A correção dos problemas destacados favorecerá à justiça procedimental, a transparência, o controle social e, conseqüentemente, a eqüidade do programa de transplante.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA ESTADO. Cai número total de transplantes no país. JC on Line. Cotidiano. Saúde. Disponível em: http://jc.uol.com.br/2007/07/30/not_145747.php. Acesso em 25 set. 2007.

ALIANÇA BRASILEIRA PELA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS. Transplante de fígado: o critério de gravidade clínica com base no modelo MELD/PELD. Disponível em: <http://www.adote.org.br/meldpeld.htm>. Acesso em 03 out. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Mensagem de Veto a artigos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 26 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em 05 set. 2007.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara dos Deputados criada com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos. Brasília, 2004a.

_____. Relatório da Comissão Externa da Câmara dos Deputados criada para averiguar denúncias referentes a interferência na lista de espera de pacientes necessitados de transplante de medula óssea no Instituto Nacional do Câncer. Brasília, 2004b.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. II Fórum de Transplantes do CFM. Transcrição fornecida pela Câmara Técnica de Transplantes do CFM. Brasília, 29 ago. 2007.

DWORKIN, Ronald. A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Glossary. Disponível em: <http://www.euro.who.int/observatory/ > Acesso em 15 nov. 2006.

MARINHO, Alexandre. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 22(10):2229-2239, 2006.

PORTO, Silvia Marta. Relatório de pesquisa: alocação eqüitativa de recursos. Março de 2003. Disponível em: < http://getinternet.ipea.gov.br>. Acesso em 19 de out. 2007.

RAWLS, John. Justiça como Eqüidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SEN, Amartya. Inequality Reexamined. Oxford: Oxford University Press, 1995.

ISSN 1677-9010

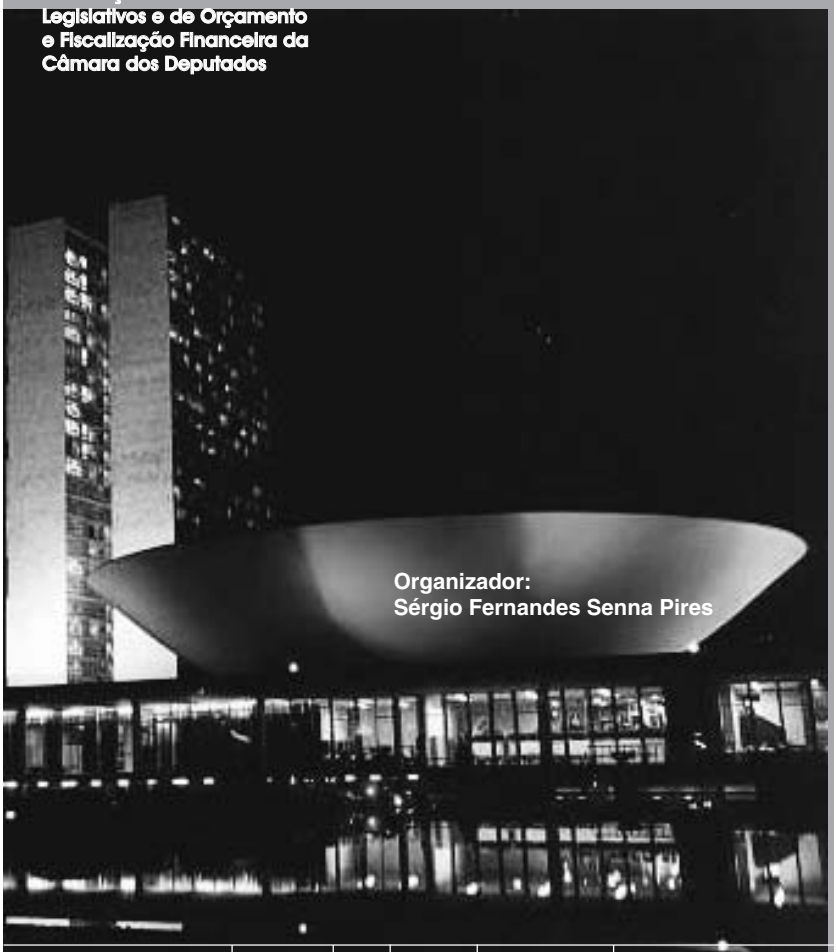
CADERNOS ASLEGIS

ISSN 1677-9010

32

setembro/dezembro
2007

Associação dos Consultores Legislativos e de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados



Organizador:
Sérgio Fernandes Senna Pires

Caderno de Resumos | Brasília | v.11 | n. 32 | p. 1 a 140 | setembro/dezembro 2007

DIRETORIA

Presidente: Eduardo Fernandez Silva
Vice-Presidente: Francisco Lúcio Pereira Filho
Secretário-Geral: Francisco José Rocha de Souza
Tesoureiro: Sergio Tadao Sambosuke
Diretor Cultural: Sergio Fernandes Senna Pires
Diretor Social: Manuella da Silva Nonô
Diretor Jurídico: Fernando Carlos Wanderley Rocha

CONSELHO FISCAL
Claudio Nazareno
Maurício Schneider
Maria Ester Camino

CONSELHO EDITORIAL
Alessandro Gagnor Galvão
Ângelo Azevedo Queiroz
José Fernando Cosentino Tavares
Márcia Rodrigues Moura
José Maria G. de Almeida Júnior
Maria Diogenilda de Almeida Vilela
Paulo de Sena Martins
Sergio Fernandes Senna Pires

CONTATO
Sergio Fernandes Senna Pires (cadernos@aslegis.org.br)

EDIÇÃO ELETRÔNICA DISPONÍVEL EM: www.aslegis.org.br

Cadernos ASLEGIS / Associação dos Consultores Legislativos e de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados – vol. 1, n.1 (jan/abr.1997) – Brasília: ASLEGIS, 1977.v.

Quadrimestral
ISSN 1677-9010

I. Associação dos Consultores Legislativos e de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de avaliação do programa de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos. Brasília, 2006.

WESTIN, Ricardo. Fila cria 'migrantes' do transplante. Estado de S. Paulo, São Paulo, p. A36, 24 set. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Final report of the Knowledge Network on Health Systems: challenging inequity through health systems. WHO Commission on the Social Determinants of Health. June, 2007.