



**PROJETO DE LEI Nº \_\_\_\_\_, DE 2014**

(Do Sr. Rogério Carvalho)

Altera a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, para estabelecer prioridade de atendimento no Programa Minha Casa Minha Vida aos transplantados ou indivíduos na lista única de transplante de órgãos e tecidos.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** Esta Lei modifica a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, para acrescentar no rol dos requisitos que deverão ser observados para a indicação de beneficiários do Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV) as famílias com transplantados ou com integrante na lista única de transplante, observando os limites da renda mensal ou faixa de renda estabelecida naquele programa.

**Art. 2º** O art. 3º da Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso VI:

*Art.3º. ....  
.....*

*VI – prioridade de atendimento às famílias de  
que façam parte pessoas transplantadas ou  
presentes na lista de espera do cadastro  
único de transplante de órgãos e tecidos.*

*.....  
.....(AC).*

**Art. 3º** Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.



## JUSTIFICATIVA

O objetivo deste Projeto é estabelecer prioridade de atendimento no Programa Minha Casa Minha Vida às famílias de que façam parte pessoas que tenham realizado transplante de órgãos ou tecidos, ou ainda que estejam na lista única de transplante do Sistema Nacional de Saúde.

A razão dessa distinção favorável ao transplantado ou do indivíduo que está precisando de um doador de órgãos e tecidos decorre do fato imperativo de que os protocolos de saúde exigem que a pessoa transplantada ou que vier a sê-lo tenha moradia, sob certas condições de salubridade ali previstas.

Logo, são inúmeras as situações em que indivíduos que necessitam de transplante de órgãos e tecidos são retirados da lista ou reclassificados por não comprovarem moradia. O argumento é bastante justo e compreensível: a recuperação e a necessidade de evitar rejeição exigem cuidados especiais.

Evidenciou-se, ainda, que as condições de pobreza dos pacientes depreciam a qualidade de vida, o sentimento de ser competente em sua vida pessoal e o ajustamento psicológico, o que pode elevar ainda mais os riscos inerentes ao transplante. Nesse contexto, a pobreza constitui-se risco potencial para os agravos que podem suceder ao transplante, na medida em que intensificam as dificuldades de seguir orientações rigorosas em termos de autocuidados, higiene, alimentação, moradia, transporte, o que requer um contínuo monitoramento das possibilidades e limitações de cada sistema familiar. (MAESTROPIETRO, 2010)<sup>1</sup>.

Logo, a lista é grande e maior é a angustia e sofrimento de diversas pessoas que convivem nessa longa espera. O desejo para a recuperação ou sobrevida do paciente não é exclusivo de sua família e

---

<sup>1</sup> MAESTROPIETRO, Ana Paula. **Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n2/aop35010.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.



amigos, mas também do próprio sistema de saúde que quer atender ao maior número de pessoas/pacientes com êxito.

Aliás, a matéria tecido e órgão é escassa, pois depende de inúmeros fatores, tais como a declaração de um indivíduo que deseja ser doador, perpassando para a presença familiar em um momento de dor, até passar pela estrutura necessária para retirada, transporte e cirurgia dos órgãos e tecidos.

De qualquer modo, o que não é justo e sequer compreensível é que o direito à saúde não seja plenamente satisfeito por condições socioeconômicas do indivíduo e/ou familiar.

O “discrimen” que pode justificar a desigualdade de tratamento para viabilizar o princípio da igualdade está manifesto! Ou seja, em nosso Projeto ganha importância a igualdade material que visa dirimir as desigualdades sociais, tratando desigualmente os desiguais na medida da sua desigualdade (herança aristotélica), a fim de oferecer proteção jurídica a parcelas da sociedade que costumam, ao longo da história, figurar em situação de desvantagem, a exemplo das pessoas com deficiência (art.3º, IV da Lei 11.977/2009), mulheres (art. 3º, V da Lei 11.977/2009) e atualmente os transplantado de órgãos.

No Brasil, nas ultimas décadas, desenvolveu-se uma notável capacidade técnica para várias modalidades de transplantes. No entanto, o aprimoramento tecnológico convive com questões de natureza socioeconômica.

Ao terem uma indicação de transplante, o paciente e a família iniciam uma longa trajetória, cheia de particularidades e dificuldades, com situações limitantes. Quando completado este protocolo, o paciente fica ativado na lista de espera, aguardando um doador. No entanto, este não é o fim do tratamento. Após a alta, os transplantados necessitam permanecer em locais salubres para o acompanhamento ambulatorial. Este acompanhamento é de fundamental importância para a monitorização clínica e laboratorial do paciente, que, além da recuperação física de um grande e complexo procedimento, com os riscos de infecção e rejeição, ele deverá readaptar a vida sócio-familiar e laborativa, às questões emocionais e espirituais ligadas à adaptação a nova vida, aceitação do novo órgão de um doador anônimo.

Sendo assim, este paciente possui uma complexa demanda de cuidados multiprofissionais. E em particular, no aspecto socioeconômico.



E a grande dificuldade, e que às vezes se torna um impedimento ao tratamento do paciente, é quando se trata de uma família com condições socioeconômicas vulneráveis, decorrente da falta de moradia digna, salubre, sem riscos.

Com efeito, cabe enfatizar que, com a evolução das tecnologias da ciência médica, uma nova minoria silenciosa de transplantados e pacientes na lista tem surgido, e que ainda não recebeu a devida atenção legislativa, e apresenta-se carente de ações afirmativas do Estado Brasileiro que viabilizem os direitos materiais para gozo do direito ao transplante.

Pego apoio dos meus Pares para aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

PT/SE