

UTILIZANDO ECONOMIA COMPORTAMENTAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AUMENTAR A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

USING BEHAVIORAL ECONOMICS IN PUBLIC POLICY TO INCREASE ORGAN DONATION

Otávio Morato de Andrade

Pós-graduado em Direito Civil pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Bacharelado em Administração pela PUC Minas.

E-mail: otaviomorato@gmail.com

Resumo

Nas últimas décadas, avanços científicos e investimentos no sistema de saúde reduziram a rejeição biológica aos transplantes de órgãos e viabilizaram uma logística mais eficiente para dar suporte a estes procedimentos. Todavia, se por um lado constata-se a ampliação da estrutura a serviço dos transplantes, verifica-se, por outro, que as taxas de doação no Brasil não têm acompanhado este crescimento, o que gera um déficit de órgãos disponíveis e aumenta as filas de espera. Este artigo pretende responder se é possível incrementar o número de doadores de órgãos através da utilização de *insights* da economia comportamental, também conhecidos como *Nudges*. Para tanto, será formulado um levantamento estatístico dos transplantes no Brasil com base nos registros oficiais, bem como uma compilação dos marcos jurídicos existentes no país. Em seguida, apresenta-se uma revisão bibliográfica dos conceitos da economia comportamental e um exame analítico de suas contribuições práticas na implementação de políticas públicas. Conclui-se pela viabilidade da utilização dos sistemas de *opt-out* e *mandatory choice*, uma vez que tais intervenções podem aumentar o número de doadores de órgãos e contribuir para salvar vidas sem, contudo, afetar a liberdade de escolha do doador ou de sua família.

Palavras-chave: Direito Econômico. Economia comportamental. Políticas públicas. *Nudges*. Doação de órgãos.

Abstract

*In the past decades, scientific advances and investments in the health system have reduced the biological rejection of organ transplants and enabled more efficient logistics to support these procedures. However, if, on the one hand, there is an expansion at the service of transplants, it is possible to verify, on the other, that donation rates in Brazil did not kept up with this growth, which generates a deficit of available organs and increases the patient queues. This article aims to answer if it is possible to increase the number of organ donors through the use of behavioral economics insights, also known as *Nudges*. For this purpose, a statistical survey of transplants in Brazil will be formulated based on official records, as well as a compilation of existing legal frameworks in the country. Then, we present a bibliographic review of the behavioral economics concepts and an analytical examination of their practical contributions in the implementation of public policies. We conclude that the use of opt-out and mandatory choice systems is feasible, since such interventions can increase the number of organ donors and contribute to saving lives without, however, affecting the donor or his family's freedom of choice.*

Keywords: *Economic law. Behavioral economics. Public policy. *Nudges*. Organ donation.*

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, avanços da medicina possibilitaram novas técnicas cirúrgicas e reduziram os índices de rejeição em transplantes. Por sua vez, as redes nacionais de transplantes ampliaram as soluções de transporte, comunicação e integração entre os centros médicos e bancos de transplantes, incrementando

a velocidade e o sucesso desses procedimentos. Todavia, o diagnóstico de especialistas é que a quantidade de órgãos e tecidos não tem sido suficiente para cobrir as necessidades médicas, demanda essa que é agravada pelo aumento da expectativa de vida populacional. As listas de espera crescem em todo o mundo e é grande a quantidade de doentes que sofrem e morrem à espera de um órgão que possa salvá-los (SEINER, 2004).

De acordo com estatísticas do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)¹ (Associação Brasileira de Transplantes, Boletim de Março de 2019, p. 15), o Brasil possuía, em março de 2019, 33.984 pacientes ativos em lista de espera por órgãos. O relatório também aponta que, entre as várias causas possíveis para a não doação, a mais expressiva é a recusa das famílias do potencial doador. Em cerca de 40% dos casos, os órgãos ou tecidos de potenciais doadores não são aproveitados por falta de consentimento, seja dos pacientes, quando em vida, seja dos seus parentes ou responsáveis, após o óbito.

Ante a necessidade de aumentar a oferta de órgãos para transplantes, pesquisadores passaram a sugerir o desenho e a implementação de políticas públicas baseadas em economia comportamental — área que se dedica a entender o processo de tomada de decisão humana — como forma de aumentar as taxas de doadores e solucionar o déficit de transplantes.

Cientistas como Richard Thaler, laureado com o prêmio Nobel da Economia em 2017, e Cass Sunstein, professor da Universidade de Harvard, têm defendido abertamente a utilização dessas abordagens alternativas, chamadas *Nudges*, como forma de aumentar as taxas de consentimento para doações de órgãos, sem que isso interfira na liberdade de escolha do cidadão (SUNSTEIN & THALER, 2009, p. 10)

1 Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro- março/2019. Disponível: <http://www.abto.org.br/abtov03/Uplod/file/RBT/2019/RBT-2019-1%20trim%20-%20Pop.pdf>

Surge, então, nosso problema de pesquisa: analisar a viabilidade do uso desses *insights* da economia comportamental na formulação de políticas públicas para aumentar a doação de órgãos e tecidos no Brasil, de forma a superar o maior entrave para a realização de transplantes no país.

As etapas desta pesquisa podem ser assim delineadas: 1) fazer uma síntese da história dos transplantes no Brasil, apoiada nos registros oficiais sobre a doação de órgãos, de modo a permitir, num segundo momento, o exame dos marcos legais pátrios mais relevantes e, por fim, diagnosticar os maiores problemas a serem enfrentados em âmbito nacional; 2) formular uma revisão bibliográfica sobre a Economia Comportamental (EC), com o objetivo de identificar os vieses cognitivos mais estudados neste campo e os principais fundamentos dos incentivos comportamentais; e 3) examinar de que forma conceitos da EC — notadamente o consentimento presumido e a *mandatory choice* — podem ser transpostos para a prática das políticas públicas, com base em experiências já implantadas anteriormente, respondendo se ações governamentais baseadas em *Nudges* seriam capazes de atenuar o déficit de órgãos e tecidos no Brasil.

Este artigo pretende contribuir para o debate de políticas públicas que visem incrementar o número de doadores para transplantes. Seus resultados, portanto, têm implicações práticas, sociais e econômicas, na medida em que os transplantes salvam vidas, curam doenças e desafogam a estrutura do sistema público de saúde.

2 PANORAMA DOS TRANSPLANTES NO BRASIL

2.1 BREVE HISTÓRICO

O primeiro transplante de órgão humano foi oficialmente realizado em 1954 na cidade de Boston, nos Estados Unidos. Na ocasião, o Dr. Joseph Murray e sua equipe substituíram um rim de um paciente doente por outro sadio, doado pelo seu irmão gêmeo. Ambos os irmãos sobreviveram ao procedimento

e morreram anos depois, por causas não relacionadas à cirurgia, o que atesta o sucesso da operação (MURRAY et al. 1955, p. 12; BARKER & MARKMANN, 2013, p. 9).

No Brasil, o transplante de órgãos e de tecidos teve início nos anos 1960 com a realização dos primeiros transplantes renais do país. O primeiro transplante de coração do Brasil (e o segundo no mundo) foi realizado em 1968, em São Paulo, pela equipe do Dr. Euryclides de Jesus Zerbini (LIMA & NETO, 2012, p. 2).

Desde então, as inovações da ciência vêm aumentando as chances de sucesso desses procedimentos. Um marco histórico é a aprovação do uso da droga ciclosporina em 1983 pela *Food and Drug Administration* (FDA) (THE NEW YORK TIMES, 1983, p. 8). Euler Pace Lasmar, professor titular de nefrologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, explica que esse medicamento é capaz de reduzir a resposta imunológica aos órgãos implantados, sendo utilizado até hoje como tratamento para a rejeição de transplantes. (LASMAR, 2003, p. 1).

Outro notável avanço da medicina foi possibilitar o aumento do tempo entre a retirada do órgão e a sua instalação no corpo do receptor. Nos primeiros transplantes, era preciso que doador e destinatário estivessem o mais próximo possível um do outro para que a transferência fosse imediata, evitando-se a deterioração dos órgãos doados. Hoje em dia, esse intervalo de tempo foi consideravelmente ampliado, através de inovações tecnológicas capazes de manter o funcionamento das células durante o transporte, o aumentando as chances de sucesso da operação (NASRALLA et al, 2018, p. 5; SCHLEGEL et al, 2014, p. 10).

A estrutura e os recursos à disposição dos transplantes também vêm aumentando. De acordo com dados oficiais do Ministério da Saúde, em 2017 o Brasil possuía 27 Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos; 14 câmaras técnicas nacionais; 506 Centros de Transplantes; 825 serviços habilitados; 1.265 equipes de Transplantes; 63 Bancos de Tecidos; 13 Bancos de Sangue de Cordão Umbilical Públicos; 574 Comissões Intra-hospitalares de Doação e Transplantes e 72 Organizações de Procura de Órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 11).

Em termos de investimento, o Governo Federal estima que foram aplicados, apenas no ano de 2017, quase 1 bilhão de reais na área de transplantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 12).

2.2 MARCOS LEGISLATIVOS NO BRASIL

A Lei n. 4.280/1963 foi a primeira a permitir a doação de órgãos no Brasil. O texto previa a “a *extirpação* de partes de cadáver, para fins de transplante” (art. 1º)², mediante prévia autorização do doador ou na ausência de oposição por seus familiares. Não havia objeção explícita quanto à doação com caráter não-gratuito, lacuna que teria ensejado a possibilidade da comercialização de órgãos (MAYNARD et al, 2015, p. 126)

Para corrigir estes e outros equívocos, foi formulada a Lei nº 5.479/1968, que revogou a anterior. Este novo texto proibiu a disposição onerosa do corpo (art. 1º)³, e removeu os controversos termos “extirpar” e “pessoa falecida”, criticados à época. Tal como a primeira legislação, exigia o consentimento expresso do doador e, nos casos omissos, a manifestação familiar (MAYNARD et al, 2015, p. 127).

A Constituição Federal de 1988 vedou expressamente a comercialização de órgãos em seu art. 199, § 4º⁴, dispondo também sobre o advento de legislação ordinária para regular os transplantes. (BRASIL, 1988, *on-line*).

2 Art. 1º - É permitida a extirpação de partes de cadáver, para fins de transplante, desde que o de cujus tenha deixado autorização escrita ou que não haja oposição por parte do cônjuge ou dos parentes até o segundo grau, ou de corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos (Lei nº 4.280/1963)

3 Art. 1º - A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo “post mortem”, para fins terapêuticos é permitida na forma desta Lei (Lei 5.479/1968).

4 Art. 199, § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (Constituição Federal de 1988).

Em 1997, temos inovações importantes: o advento da “Lei de Transplantes” e a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs). O SNT e as CNCDOs foram concebidos pelo decreto presidencial n. 2.268/1997, com a finalidade de desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas (BRASIL, 1997, *on-line*).

Já a Lei n. 9.434/1997, também chamada “Lei de Transplantes”, veio a substituir a regulamentação de 1968. Este novo texto ratificou a “disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano [...] para fins de tratamento ou transplante” (art. 1^o) e estabeleceu a necessidade de comprovação da morte encefálica do doador⁶ (art. 3^o) BRASIL, 1997, *on-line*. A Lei dos Transplantes de 1997, em seu art. 4^o, também trouxe uma impactante mudança, ao prever o instituto do consentimento presumido. Vejamos o artigo 4^o em sua originalidade:

Art. 4. Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo, para finalidade de transplantes ou terapêutica post-mortem (Lei nº 9.434/1997 – redação original do artigo 4^o, posteriormente revogado). (BRASIL, 1997, *on-line*).

-
- 5 Art. 1^o - A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei (Lei nº 9.434/2017).
 - 6 A Resolução n. 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina definiu os critérios para diagnóstico da morte encefálica, notadamente: “coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia” (art. 4^o); “ausência de atividade elétrica cerebral”, “ausência de atividade metabólica cerebral” ou “ausência de perfusão sanguínea cerebral” (art. 6^o)
 - 7 Art. 3^o - A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina (Lei nº 9.434/2017).

Segundo esse modelo de consentimento, considerava-se doador presumido todo indivíduo que não fizesse constar, em seus documentos oficiais de identidade, a condição de “não-doador”.

A norma tinha como intuito aumentar o número de doações de órgãos no país, mas não teve boa receptividade na sociedade brasileira e, ao contrário do que se esperava, “o novo contexto legal não atingiu o propósito de aumentar a oferta de órgãos; pelo contrário, milhares ou milhões se cadastraram como “não doador” em documentos oficiais” (ALMEIDA, 2012, p. 9).

A medida foi chamada, na mídia e no debate público, de “doação compulsória” e de “doação coercitiva” (SZKLAROWSKY, 1997) gerando muita confusão. José Roberto Goldim relata que:

A lei estabelecia que a negativa do indivíduo deveria constar na Carteira de Identidade ou na Carteira Nacional de Habilitação. Contudo, grande parte da população, especialmente as pessoas pertencentes às camadas mais pobres, não possuem estes documentos. [...] [Houve] o temor de que poderiam ser retirados os órgãos de um paciente ainda vivo, a partir da possibilidade do uso da prerrogativa do consentimento presumido. Com a vigência da nova lei, desde 01 de janeiro de 1998, muitas pessoas procuraram os órgãos responsáveis pela emissão dos documentos previstos com o objetivo de alterá-los. Houve inclusive confusões de que não seria possível se cadastrar como não-doador após 31 de dezembro de 1997 (GOLDIM, 2012, p. 8).

Embora a lei fosse clara e preservasse a liberdade de escolha de todos os cidadãos, o tema gerou bastante polêmica. Assim, em 1998 e 2000 o texto original da Lei n. 9.434/1997 acabou sofrendo alterações⁸, culminando na edição da Lei n. 10.211/2001, que retirou a possibilidade do consentimento presumido por meio da edição do artigo 4º, nos seguintes termos:

8 A Medida Provisória (MP) n. 1718/1998 previa que a família poderia se manifestar contra o consentimento presumido, obstando-o. Já a MP n° 1.959-26/2000 praticamente anulou o consentimento presumido, restabelecendo, em seu art. 4º, a autorização expressa da família como condição para a retirada de órgãos.

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (Lei nº 9.434/1997, redação dada pela (Redação dada pela Lei nº 10.211/2001). (BRASIL, 2001, *on-line*).

Apesar da exclusão do consentimento presumido, a Lei n. 9.434/1997 continua em vigor até os dias atuais, e constitui-se como uma das partes fundamentais sobre a legislação de transplantes no ordenamento pátrio.

O Código Civil de 2002 trouxe dois dispositivos a respeito da doação de órgãos. O art. 13⁹, que proíbe o ato de dispor do próprio corpo em vida e o artigo 14¹⁰, que permitiu a disposição gratuita do próprio corpo após a morte. Na prática, essas normas não trouxeram substancial modificação no tratamento jurídico dado ao tema, uma vez que tanto a proibição do art. 13 como a possibilidade franqueada pelo art. 14 já estavam previstos na Lei dos Transplantes de 1997.

Em 2016, o ex-presidente Michel Temer assinou o Decreto n. 8.783/2016¹¹, permitindo ao Ministério da Saúde requisitar apoio da Força Aérea Brasileira (FAB) para o “transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, até o local onde será feito o transplante ou, quando assim for indicado pelas equipes especializadas, para transporte do receptor até o local do transplante” (BRASIL,

9 Art. 13 - Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes. Parágrafo único. O ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial (Código Civil de 2002).

10 Art. 14 - É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte. Parágrafo único. O ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo (Código Civil de 2002).

11 Decreto n. 8.783/2016, que altera o Decreto n. 2.268/1997.

2016, *on-line*). Em 2017, outro decreto¹² de Michel Temer estendeu também ao companheiro do *de cuius* a prerrogativa de decidir sobre o destino dos órgãos do potencial doador.

2.3 NÚMEROS ATUAIS E DESAFIOS

Dados de 2017 do Registro Internacional em Doação e Transplante de Órgãos apontam que o Brasil é a segunda nação no mundo em números absolutos de transplantes renais (5.929) e hepáticos (2.113), atrás apenas dos Estados Unidos. Todavia, quando se leva em conta o número relativo, ou seja, proporcional à população, o Brasil é apenas o 25º colocado (entre 44 países) no *ranking* dos transplantes de rim e tem a 21ª posição (entre 50 países) em relação aos transplantes de fígado. Esses números evidenciam que, embora seja detentor de um dos maiores sistemas de transplantes no mundo, o Brasil apresenta um percentual de doadores relativamente baixo se comparado a outras nações (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES, 2017, p. 5).

Em março de 2019, o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) divulgou um boletim mostrando que havia 33.984 pessoas na fila de transplantes no Brasil, das quais 660 eram crianças. Somente no primeiro trimestre de 2019, 806 pessoas morreram à espera de um órgão, o que indica que, até o final deste ano, a fila dos transplantes pode acumular mais de 3.000 óbitos. No relatório parcial de 2019 há outro dado preocupante: foi registrada uma queda tanto no número de doadores quanto no percentual no aproveitamento de órgãos doados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES, 2019, p. 17).

A situação, considerada “muito difícil” pela Agência Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), é de falta de doadores. Isso pode ser explicado, em parte, porque uma parcela expressiva das famílias se recusa a doar. De acordo com o relatório anual do RBT de 2018, o índice de não autorização familiar foi

12 Decreto n. 9.175/2017, que regulamenta a Lei n. 9.434.

de 43%, tendo sido inferior a 35% apenas no Paraná (27%) e em Santa Catarina (33%), sendo superior a 70% em Roraima (73%), Piauí (74%) e Mato Grosso (80%). O boletim mais atual, de 2019, mostra que houve recusa da família em 39% dos casos. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES, 2019, p. 15).

A resistência à doação, portanto, é o maior problema a ser enfrentado. Entre as razões que dissuadem as pessoas a não se registrarem como doadores destacam-se: questões religiosas; desconfiança nas equipes médicas e hospitalares; falta de entendimento sobre a morte cerebral; crença em um mercado negro de órgãos; questões de merecimento (por exemplo: receio que o órgão ou tecido vá para uma pessoa “má”, por exemplo, alguém que tenha cometido um crime hediondo). Por fim, muitas pessoas em vida não se inscrevem como doadoras pelo desconforto em falar sobre sua própria morte e outras, por distração: elas simplesmente se esquecem de tratar dessa questão enquanto estão vivas (WEN, 2014, p. 8).

Cientistas comportamentais atribuem parte dessas omissões de potenciais doadores a falhas de racionalidade. Desta forma, sugerem alterações nas políticas públicas como forma de contornar essas falhas e incrementar a doação de órgãos, o que será demonstrado nos próximos capítulos.

3 A ECONOMIA COMPORTAMENTAL E OS NUDGES

A partir da década de 1960, economistas e psicólogos começaram a investigar a fundo o processo de tomada de decisão humana. Esses esforços foram liderados por Herbert Simon¹³, Amos Tversky e Daniel Kahneman, que

13 Herbert Simon (1916-2001) foi o vencedor do Prêmio Nobel de Economia em 1978. Dentre outras contribuições, Simon propôs a existência de limites cognitivos no comportamento do indivíduo, desenvolvendo a teoria da “racionalidade limitada”. O termo, que aparece pela primeira vez em *Models of Man* (1959), foi um dos pontos de partida para que economistas e psicólogos comportamentais passassem a contestar o *homo economicus*, modelo clássico de agente que predominava, até então, na economia neoclássica.

identificaram falhas de racionalidade e vieses cognitivos¹⁴ como influências no processo de escolha do indivíduo (KAHNEMAN & TVERSKY, 1979, p. 260-268).

O desenvolvimento destas pesquisas culminou na Teoria do Prospecto, publicada por Kahneman e Tversky em 1979. Neste trabalho, os cientistas desafiaram conceitos da economia neoclássica, como a teoria da utilidade esperada, segundo a qual um tomador de decisão, diante de várias possibilidades de escolha, se comportaria de forma a maximizar seu bem-estar. Neste sentido, os pesquisadores concluíram que:

O peso da decisão associado a um evento dependerá principalmente da percepção da probabilidade desse evento, que poderia estar sujeita a grandes vieses. Além disso, os pesos de decisão podem ser afetados por outras considerações, como ambiguidade ou imprecisão. (KAHNEMAN & TVERSKY, 1979, p. 269, Tradução nossa¹⁵)

Os cientistas comportamentais argumentam que o ser humano está sujeito a vieses cognitivos, ou seja, erros de julgamento capazes de distorcer o processo de decisão (KAHNEMAN & TVERSKY, 1974, p. 1124). Eles apontam ainda que, sob a ótica da racionalidade, o indivíduo falha frequentemente em suas escolhas, por exemplo: não poupa para o futuro, insiste em hábitos comprovadamente nocivos, como o tabagismo, e deixa de pagar impostos por mero esquecimento, mas acaba pagando-os mais tarde com multa e correção.

14 Vieses cognitivos (*cognitive bias*) são processos mentais inconscientes, capazes de afetar as decisões e julgamentos que as pessoas fazem. Entre os inúmeros existentes, podemos citar: viés da ancoragem (tendência de se fixar desproporcionalmente numa primeira impressão para analisar um assunto), viés do status quo (tendência de gostar que as coisas permaneçam relativamente as mesmas) e aversão à perda (tendência do indivíduo de ser mais impactado, emocionalmente, pela perda de um valor X do que por um ganho de mesmo valor).

15 No original: “*The decision weight associated with an event will depend primarily on the perceived likelihood of that event, which could be subject to major biases. In addition, decision weights may be affected by other considerations, such as ambiguity or vagueness.*” (KAHNEMAN & TVERSKY, 1979, p. 269).

Com base nessas falhas de racionalidade, uma corrente de economistas comportamentais passou a defender intervenções que pudessem orientar o indivíduo a tomar decisões mais racionais, melhorando seu próprio bem-estar e o da sociedade em que vive. Essas intervenções deveriam ser formuladas com o objetivo de contornar os vieses, ou seja, as falhas de racionalidade que levariam o indivíduo a escolher mal e persistir no erro.

Desta forma, esta corrente concebeu o “Paternalismo libertário”, ou seja, a ideia de que é permissível “guiar” o processo de decisão individual por meio de intervenções comportamentais, desde que essas práticas não sejam coercitivas e respeitem a autonomia do cidadão. Esses cientistas defendem que o Paternalismo libertário é uma “abordagem que preserva a liberdade de escolha, mas que autoriza tanto as instituições públicas como as privadas a orientar as pessoas em direções que promoverão seu bem-estar” (SUNSTEIN & THALER, 2003, p. 179).

Cass Sunstein e Richard Thaler sustentam que não existem políticas verdadeiramente neutras, pois escolhas *sempre* têm de ser feitas. Para demonstrar tal colocação, eles fornecem o exemplo de uma lanchonete, onde um gerente deve organizar os produtos nas prateleiras. Ele teria as seguintes opções: a) dispor os produtos de forma que seus clientes tirassem melhor proveito; b) fazer escolhas randômicas; c) organizar os itens de forma maldosa, de modo a tornar seus clientes tão obesos quanto possível. Os cientistas argumentam que, embora a opção A seja aparentemente “paternalista”, as opções B e C fazem pouco sentido (SUNSTEIN & THALER, 2003, p. 175).

O objetivo do exemplo é mostrar que existem dois equívocos comuns acerca do Paternalismo libertário. O primeiro é imaginar que há alternativas viáveis a ele. Como demonstrado no caso da lanchonete, sempre existirá alguém responsável por desenhar um contexto de escolhas, no qual outras pessoas tomam decisões. Este responsável estará na posição de “arquiteto das escolhas”, e deverá, inevitavelmente, organizá-las de acordo com algum critério e restrição. O segundo equívoco é suspeitar que a organização das escolhas envolve coerção. Os cientistas rebatem essa tese, alegando que o Paternalismo libertário preserva a escolha do indivíduo. No caso da lanchonete, por exemplo, a organização

dos produtos nas prateleiras não obriga o cliente a nada, não interfere em sua liberdade de decisão e não é coercitiva (SUNSTEIN & THALER, 2003, p. 176).

Se não há coerção, dizem os autores, seria possível e viável aplicar o Paternalismo libertário, tanto em âmbito público como privado, como forma de contornar vieses cognitivos, orientando a tomada de decisão do indivíduo para decisões mais desejáveis.

Desde o surgimento do Paternalismo libertário, as técnicas de influência estudadas e difundidas pelos especialistas comportamentais foram chamadas por diferentes nomes na literatura científica: “abordagens”, “incentivos”, “sugestões”, “toques” etc. Anos mais tarde, ao descrever esses modelos de abordagem comportamental, Sunstein e Thaler (2008, p. 5) adotaram o termo *Nudge* para se referir a essas intervenções.

Em inglês, *Nudge* representa uma espécie de “cutucada” sutil, geralmente com o cotovelo, a fim de chamar a atenção do sujeito para alguma coisa. Assim, *Nudge* é apenas uma das formas de nomear esses pequenos incentivos que buscam reverter ou atenuar os efeitos dos vieses cognitivos, direcionando as escolhas dos indivíduos em um sentido mais racional (SUNSTEIN & THALER, 2008, p. 13).

A literatura econômica recente vem demonstrando o sucesso das abordagens baseadas em economia comportamental. Por exemplo, através do Plano *Save More Tomorrow*¹⁶ (SCHOLMO & THALER, 2004, p. 164-187) cientistas

16 O *Save More Tomorrow* (THALER & BENARTZI, 2004, p. 164-187) é uma intervenção concebida para estimular pessoas a se engajarem em planos de aposentadoria, consistindo em ajudar o indivíduo a superar vieses e manter um plano de poupança estável. A princípio, os pesquisadores pediram às pessoas que se comprometessem a economizar mais no futuro, evitando o viés do presente, uma espécie de fraqueza mental pela gratificação imediata. Num segundo momento, os aumentos nas taxas de poupança foram vinculados a aumentos salariais. Isso minimizou o viés da aversão à perda, pois ao receber um aumento, o funcionário aplicava-o no plano, e continuava recebendo o mesmo salário líquido de antes. Por último, grande parte dos poupadores inscritos se manteve no programa em decorrência do viés do *status quo*, ou seja, por mera inércia. O projeto registrou aumento substancial nas taxas médias de poupança (3,5% para 13,6% ao longo de 40 meses), evidenciando que intervenções comportamentais podem ser eficazes para ajudar os indivíduos a corrigirem erros na tomada de decisão.

utilizaram *Nudges* para contornar vieses como o do *status quo* e a aversão à perda, estimulando funcionários a investirem mais em fundos de poupança.

No Reino Unido, economistas do governo conseguiram aumentar a arrecadação federal através do envio de cartas e mensagens de texto enfáticas aos inadimplentes. De maneira intencional e bem elaborada, esses *Nudges* chamavam a atenção dos devedores de impostos, multas e dívidas para as rigorosas sanções penais ligadas aos crimes de sonegação. As abordagens também continham outros recursos de impacto, como por exemplo o slogan “O bom cidadão paga seus impostos”. De acordo com um relatório governamental (2015, p. 35), esse conjunto de incentivos estimulou o pagamento de 210 milhões de euros no exercício de 2012/2013, evitando o ajuizamento de execuções e reduzindo, por tabela, gastos com oficiais de justiça e com demandas fiscais.

Por fim, um dos grandes estudos da economia comportamental centra-se justamente na modificação do contexto de escolhas na doação de órgãos, com o intuito de estimular um aumento na quantidade de doadores.

A ideia de interferir no contexto de escolhas para incrementar as doações não é exatamente nova. Na verdade, alguns países europeus, como a Áustria, vêm adotando-o com notável sucesso desde a década de 1980.

Todavia, colocar as políticas públicas de doação sob a perspectiva da economia comportamental pode trazer algumas vantagens, entre elas: a) descrever e explicar o fenômeno dos sistemas *opt-out*, agregando-lhes fundamentação teórica, como por exemplo o estudo de vieses envolvidos; b) a constatar empiricamente o sucesso dessas políticas, através de pesquisas que evidenciam seus resultados e c) contribuir, com base nas teorias, experimentos e evidências, para a criação e aperfeiçoamento de *Nudges* para a doação de órgãos.

O próximo tópico contém uma análise dos sistemas de consentimento presumido, também chamados de *opt-out*, a partir da economia comportamental. Também será analisada a *mandatory choice*, uma interessante forma de consultar o cidadão, ainda em vida, sobre o destino dos seus órgãos após a sua morte.

4 USANDO NUDGES PARA INCREMENTAR A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

4.1 Consentimento presumido e o sistema *opt-out*

O consentimento presumido tem sido apresentado como forma de aumentar as doações de órgãos. Esta ideia parte do fato de que, ao longo da vida, o ser humano deixa de tomar decisões de repercussão pública por inércia, ou seja, devido ao viés do *status quo* (THALER, 2009, p. 20).

No caso da doação de órgãos, a omissão do indivíduo sobre o destino dos seus órgãos geralmente faz com que ele caia na regra-padrão ou *default*, ou seja, em muitos países como Brasil e Estados Unidos, ele será presumido como não-doador (THALER & SUNSTEIN, 2008, p. 175).

Nesse sentido, Johnson e Goldstein (2003, p. 1338-1339) utilizaram uma pesquisa online para perguntar às pessoas se elas estavam dispostas a ser doadoras. Eles organizaram três diferentes cenários de escolha e descobriram que, quando os entrevistados tiveram que optar ativamente por ser doadores (*opt-in*), apenas 42% o fizeram. Num contexto de consentimento presumido, onde a pessoa que não queria doar deveria recusar expressamente (*opt-out*) a condição de doador, houve 82% de doadores. Num cenário neutro, sem condição *default*, 79% das pessoas se declararam doadoras. Concluiu-se que embora a maioria dos norte-americanos esteja disposta a doar seus órgãos, a necessidade de um consentimento explícito e ativo tem impedido que muitas doações se concretizem.

Um estudo realizado por Kurtz e Saks (1996) confirma essa tendência. Os pesquisadores mostraram que, entre todos os entrevistados que se declararam doadores de órgãos, 64% tinham inserido essa informação em sua carteira de motorista e apenas 36% haviam assinado um cartão de doador de órgãos (KURTZ & SAKS, 1996, p. 28-30).

Com base nesses e outros estudos, os economistas comportamentais propõem que se altere essa regra-padrão, instituindo o consentimento presumido

como *default*. Assim, as pessoas não-doadoras deveriam protocolar, perante o governo, um documento optando por sair (o termo utilizado é *opt-out*) da regra-padrão (THALER & SUNSTEIN, 2008, p. 175).

O consentimento presumido pode ser dividido em *opt-out* “forte” ou *opt-out* “suave”. Na primeira modalidade, havendo o óbito de um indivíduo que não se manifestou em vida sobre doação, presume-se o consentimento independente da vontade familiar. Já no caso do *opt-out* “suave”, o consentimento presumido continua sendo a regra-padrão, mas a família tem o direito de impedir a doação, dando a última palavra sobre a retirada de órgãos (BRAMHALL, 2011, p. 15).

A Áustria adota, desde 1982, uma política de consentimento tácito, presumindo-se a permissão para doação em pacientes com morte encefálica diagnosticada, a menos que tenham registrado especificamente esta recusa através do *opt-out*, que consiste na entrega de um formulário chamado “Registro de Oposição” às autoridades.

Além do “Registro de Oposição”, quaisquer formas de declaração de vontade (eg.: um documento informal encontrado entre os documentos de identidade do falecido, ou uma declaração verbal feita na presença de membros da família) têm sido respeitadas.

Li e Nikolka (2016, p. 91) sugerem que o sistema de *opt-out* pode ter contribuído no aumento nas doações de órgãos na Áustria e para o sucesso do seu sistema de transplantes. Eles mostram que, em 2014 a Áustria teve uma taxa de 24,94 doadores falecidos por milhão de habitantes, enquanto a Alemanha, país culturalmente similar, apresentou um índice de 10,45 doadores. No mesmo ano, a Dinamarca (que utiliza *opt-in*) teve 14,29 doadores falecidos por milhão de habitantes, em comparação com a Finlândia, que adota o consentimento presumido e teve 22,41 doadores.

Johnson e Goldstein (2003, p. 1338) detectaram a mesma tendência ao comparar vários países com regras-*default* diferentes. Os pesquisadores mostraram, por exemplo, que as taxas de consentimento em nações como Áustria (99,98%), Bélgica (98%) e Suécia (85,9%), que adotam o *opt-out*, são bem maiores do que as taxas em países com culturas similares, como Alemanha

(12%), Holanda (27,5%) e Dinamarca (4,25%), onde o consentimento para a doação não é presumido (sistema *opt-in*).

4.1.1 Críticas ao consentimento presumido e a retomada do debate no Brasil

O sistema de consentimento presumido encontra algumas objeções na literatura científica (FABRE, 2014; BRAMHALL, 2011). Seus opositores alegam, por exemplo, que o país com o maior índice de doadores de órgãos no mundo, a Espanha, não utiliza o sistema *opt-out*¹⁷. Em vez de modificar a legislação, estes estudiosos sugerem um aperfeiçoamento na abordagem da família pelos agentes sociais e de saúde, de forma a solucionar dúvidas, desfazer mal-entendidos e reduzir a recusa nas doações (FABRE, MURPHY & MATESANZ, 2010; FABRE, 2014).

Embora proponham outras maneiras de incrementar a doação de órgãos sem instituir o sistema de *opt-out*, os próprios opositores do consentimento presumido reconhecem que ele pode ter um efeito positivo na doação, sobretudo se a modalidade implementada for de “consentimento presumido forte”, ou seja, aquele que não pode ser impedido pela família (FABRE, 2014, p. 10-12).

Como vimos anteriormente, a Lei de Transplantes de 1997 fracassou ao tentar introduzir o consentimento presumido no ordenamento pátrio através de seu art. 4º, que possibilitava a doação de órgãos salvo manifestação em contrário.

Ao nosso ver, este insucesso não deveria obstar uma nova tentativa de discussão do assunto. Primeiro, porque há evidências¹⁸ de que houve má comunicação do governo e grande confusão sobre o tema (GOLDIM, 2012,

17 De fato, embora a Espanha possua legislação de consentimento presumido, implementada em 1979, atualmente ela está inativa (FABRE, MURPHY & MATESANZ, 2010, p. 3).

18 Segundo Ben-Hur Ferraz Neto, presidente da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) na gestão 2014-2015, como à época o governo não fez uma campanha intensa de conscientização sobre a doação presumida, as pessoas interpretaram a lei como sendo compulsória – o que gerou reações contrárias. Disponível em <<https://veja.abril.com.br/saude/projeto-quer-reimplantar-doacao-presumida-de-orgaos/>>.

p. 10). Como vimos, o instituto chegou a ser chamado equivocadamente de “doação compulsória” e de “doação coercitiva”, embora não o seja, pois a Lei nº 9.434/1997, em sua redação original, sempre assegurou a liberdade de escolha do indivíduo sobre o destino dos seus órgãos.

Em um novo debate, uma melhor comunicação por parte dos agentes legislativos e governamentais poderia ter papel fundamental para informar a sociedade da importância do consentimento presumido para o setor de transplantes, como meio de salvar vidas e diminuir o sofrimento de famílias e pacientes que precisam de um órgão. Ao mesmo tempo, é preciso combater a desinformação e os preconceitos, consubstanciados em notícias de que o consentimento presumido seria “compulsório” e “desumano”.

Outro motivo para reabrir a discussão é que, passados mais de 20 anos da controvérsia, há melhores condições para debater o tema. A importância dos transplantes é mais reconhecida, e até setores tradicionalmente conservadores, como a Igreja Católica, se posicionaram a favor da doação de órgãos (CNBB, 2008, p. 1). Além do mais, a difusão do acesso à internet e a alta interatividade nas redes sociais poderia contribuir para ensejar um debate mais transparente e democrático.

Por fim, a compreensão do sistema de *opt-out* como um *Nudge*, ou seja, à luz da economia comportamental, permite que esta ideia seja apoiada nos fundamentos teóricos e evidências existentes, fornecendo robusto suporte científico para o desenvolvimento de políticas públicas para doação de órgãos baseadas no consentimento presumido.

4.2 Mandatory Choice

Outra abordagem comportamental para incrementar a doação de órgãos seria a chamada *mandatory choice* (HERZ, 1999, p. 9), ou “escolha obrigatória”, na qual as pessoas são obrigadas por lei a expressar sua preferência sobre questões de política pública. A *mandatory choice* utiliza as mesmas bases comportamentais

da opção *default*, pois visa estimular escolhas desejáveis que muitas vezes não são feitas por inércia do agente.

Contudo, a aplicação da *mandatory choice* como *Nudge* pode ter, a depender do contexto, maior aceitação do que o consentimento presumido, pois ela não atribuiu uma escolha-padrão ao indivíduo, mas apenas o compele a tomar uma decisão.

Richard Thaler (2009, p. 1) relata que a *mandatory choice* foi implementada com sucesso no estado norte-americano de Illinois. A partir de 2006, todos os cidadãos que solicitam ou renovam suas carteiras de motorista no estado devem obrigatoriamente expressar sua escolha em relação à doação ou não de seus órgãos. Segundo o cientista, após a introdução da medida as taxas de doadores no estado atingiram 60%, contrastando com a média nacional, que era de 38%.

Nestes mesmos moldes, a *mandatory choice* foi adotada em 2011 como *Nudge* para estimular doações de órgãos no Reino Unido, por sugestão da *Behavioural Insights Team*. À época, não havia consenso público em torno da adoção da *opt-out*, que foi rejeitada por minorias muçulmanas locais.

Os resultados positivos da *mandatory choice* e a repercussão do caso Max e Keira¹⁹ elevaram o número de doadores acabaram intensificando os debates sobre o consentimento presumido no país, o que culminou na aprovação da “Lei de Max”, que institucionalizou, em março de 2020, o regime de *opt-out* para a doação de órgãos no Reino Unido. Desta forma, aqueles que não desejarem doar seus órgãos poderão registrar sua decisão no Registro de Doação de Órgãos do *site* do NHS (Serviço Nacional de Saúde) (THE MIRROR, 2018, p. 1).

Antes da implementação da medida, o governo lançou uma campanha de conscientização pública para garantir que as pessoas entendessem o novo

19 Em 2017, após campanha do jornal The Mirror, o garoto britânico Max Johnson recebeu um coração transplantado que salvou sua vida, suscitando um intenso debate no Reino Unido sobre o sistema *opt-out*. O coração veio da menina Keira Ball, morta em acidente de trânsito, que doou órgãos que ajudaram a salvar outras três vidas. Disponível em: <<https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/i-know-its-what-shed-12048832>>.

sistema e as opções a serem escolhidas. Foram excluídas do novo sistema os menores de 18 anos e as pessoas que não possuem capacidade mental para entender mudanças, por um período significativo antes da sua morte.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou as origens históricas do transplante e os marcos legais sobre a doação de órgãos e tecidos no Brasil. Também forneceu um panorama sobre a situação do sistema de transplantes no país, apresentando estatísticas atualizadas e informações relevantes para a compreensão do cenário atual.

Os dados analisados evidenciam uma situação preocupante, retratando um aumento sustentado na demanda e um déficit no número de órgãos e tecidos disponíveis para transplantes. A morte e o sofrimento de dezenas de milhares de pessoas nas filas de transplantes brasileiras exigem, portanto, uma resposta consistente do Poder Público.

No contexto das políticas públicas, o uso de abordagens formuladas à luz da economia comportamental (*Nudges*) apresenta-se como solução viável, eficiente e de baixo custo, na medida em que a literatura científica comprova que esses *Nudges*, ao contornar a influência de vieses cognitivos, acabam incrementando o número de doadores. Entre essas abordagens, incluem-se a alteração da regra padrão, definindo o consentimento presumido como *default*, e a *mandatory choice*, sistema que exige que os cidadãos se posicionem ainda em vida, em relação ao destino de seus órgãos.

É certo que políticas como o consentimento presumido têm sido aplicadas na Europa desde 1980. Entretanto, os estudos recentes da economia comportamental oferecem a possibilidade de compreender essas políticas e elaborá-las a partir de método científico, ampliando o seu potencial, legitimando sua implementação e otimizando os resultados.

Também foi relatado o fracasso da tentativa de inserir o consentimento presumido no ordenamento jurídico brasileiro, no âmbito da Lei n. 9.434/1997. Todavia, ponderou-se que a enfática rejeição popular se deu num contexto de erros de estratégia e falhas de comunicação do governo. Sugeriu-se a reabertura do debate, de forma mais aberta e informativa, para que o consentimento presumido possa ser rediscutido e, eventualmente, implementado, com o objetivo de atenuar o déficit de órgãos e reduzir o sofrimento de milhares de pessoas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Elton Carlos de. **Doação de órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira.** 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19012012-105053/pt-br.php>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ANDRADE, Otávio Morato de. *NudgeRio: um caso de aplicação de Ciência Comportamental às Políticas Públicas.* **Revista Cadernos do Desenvolvimento Fluminense.** Aprovado para publicação. [No prelo].

BARKER, Clyde & MARKMANN, James. *Historical overview of transplantation.* **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine** v. 3(4), April 2013.

BRAMHALL, Simon. *Presumed consent for organ donation: a case against.* **Annals of The Royal College of Surgeons of England.** v. 93, 4 (2011): 270–272. doi:10.1308/147870811X571136b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363073/>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Código Civil**, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

BRASIL. **Decreto n. 2.268**, de 30 de junho de 1997. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2268.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 8.783**, de 6 de junho de 2016. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8783.htm> Acesso em 20 jun.2019.

BRASIL. **Governo investe R\$ 1 bilhão na área de transplante de órgãos**. Jun 2018. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2018/06/governo-investe-r-1-bilhao-na-area-de-transplante-de-orgaos>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei n. 4.280**, de 6 de novembro de 1963. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4280.htm> Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei n. 5.479**, de 10 de agosto de 1968. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5479.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei n. 9.434**, de 4 de fevereiro de 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9434.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei n. 10.211**, de 23 de março de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo decreto reforça o papel da família na decisão da doação de órgãos**. Out 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41557-novo-decreto-reforca-o-papel-da-familia-na-decisao-da-doacao-de-orgaos>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil registra recorde de doadores de órgãos, mas recusa das famílias ainda é alta**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/27.09.2017.Doacao%20de%20orgaos%20e%20Transplantes_FINAL.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CIOATTO, Roberta Marina; PINHEIRO, Adriana de Alencar Gomes. *Nudges como política pública para aumentar o escasso número de doadores de órgãos para transplante*. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, n. 2, 2018, p.368-384.

CNBB. **Nota sobre a doação de órgãos**. Site da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Set 2008. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/nota-sobre-a-doacao-de-orgaos/>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FABRE John et al. *Presumed consent: a distraction in the quest for increasing rates of organ donation*. **Clinical Medicine**. Royal College of Physicians. Londres, outubro de 2010. <Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954124>> Acesso em: 20 jun. 2019.

FABRE, John. **Presumed consent for organ donation: a clinically unnecessary and corrupting influence in medicine and politics**. *Clinical Medicine*. Royal College of Physicians. Londres, December, 2014, p. 567-71.

GOLDIM, José Roberto. **Consentimento presumido para doação de órgãos: A situação brasileira**. 2001. *Website Bioética*. Núcleo interinstitucional de bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/trancpbr.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

JOHNSON EJ, BELLMAN S & LOHSE GL. *Defaults, Framing and Privacy: Why Opting In-Opting Out*. **Marketing Letters Journal**. 13: 1, p. 5-15, 2002. Disponível em: <https://www0.gsb.columbia.edu/mygsb/faculty/research/pubfiles/1173/defaults_framing_and_privacy.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

KURTZ, Sheldon F. & SAKS, Michael J. *The Transplant Paradox: Overwhelming Public Support for Organ Donation vs. Under-Supply of Organs*. University of Iowa College of Law. **Journal of Corporation Law**, v. 21, p. 767–806, Iowa, 1996.

LASMAR, Euler Pace. **Recentes avanços em transplantes**. *Rev. Med Minas Gerais*; 13.2:128-132, Abr/Jun 2003

LI, Jessica, NIKOLKA, Till. **The Effect of Presumed Consent Defaults on Organ Donation**. CESifo DICE Report 14, n. 4, p. 90-94, 2016.

LIMA, Ricardo C.; WANDERLEY NETO, José. *Euryclides de Jesus Zerbini - 100 anos*. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 1, p. 152-154, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010276382012000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MAYNARD, Lorena Oliveira Dantas et al. *Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil*. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.16 n. 3, p. 122-144, nov. 2015/fev. 2016.

MURRAY JE, MERRILL JP, HARRISON JH 1955. **Renal homotransplantation in identical twins**. Surg Forum 6, p. 432-436 [PubMed]

NASRALLA, D, COUSSIOS, CC, MERGENTAL, H, AKHTAR, MZ, BUTLER, AJ, CERESA, CDL, et al. *A randomized trial of normothermic preservation in liver transplantation*. **Revista Nature** 2018; 557, p. 50- 56.

REINO UNIDO. Behavioural Insights Team. **The Behavioural Insights Team Update report 2013-2015**. 2015.

SCHLEGEL, A, KRON, P, GRAF, R, DUTKOWSKI, P, CLAVIEN, PA. *Warm vs. cold perfusion techniques to rescue rodent liver grafts*. **Journal of Hepatology** 2014; 61, p. 1267- 1275.

STEINER, Philippe. *Le don d'organes: une affaire de familles?* **Anais do evento Histoire, Sciences Sociales**, v. 59, n. 2, p. 255-283, mars-avril, 2004.

SZKLAROWSKY, Leon Frejda. Doação coercitiva de órgãos. **Revista JusBrasil (on-line)**. Fev 1997. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/1844/doacao-coercitiva-de-orgaos>> Acesso em: 20 jun. 2019.

THALER RH & SUNSTEIN CR. *Libertarian Paternalism*. **The American Economic Review**. v. 93, N. 2, Papers and Proceedings of the One Hundred Fifteenth Annual Meeting of the American Economic Association, Washington, DC, January 3-5. May, 2003, p. 175-179.

THALER RH. *Opting in vs. Opting Out*. **Journal The New York Times**. Set 2009. <Disponível em <https://faculty.chicagobooth.edu/richard.thaler/assets/files/NYT09-27-2009.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2019.

THALER, RH & BENARTZI, Shlomo. *Save More Tomorrow™: Using Behavioral Economics to Increase Employee Saving*. **Journal of Political Economy** 112, p. 164-187, February, 2014.

THALER, RH & SUNSTEIN, CR. **Nudge**: Improving decisions about health, wealth, and happiness. New Haven, CT, US: Yale University Press. 2008.

THE NEW YORK TIMES. **Drug that reduces risk in transplants gets early approval**. Section 1, p. 8. 03/09/1983.

TVERSKY, Amos & KAHNEMAN, Daniel. *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*. **Revista Science** 185, p. 1124-1131, 1974.

TVERSKY, Amos & KAHNEMAN, Daniel. *Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk*. **Econometrica**, v. 47, No. 2, p. 263-291, março de 1979. <Disponível: <http://www.jstor.org/stable/191418>> Acesso em: 20 jun.2019.

WEN, Tiffanie. **Why Don't More People Want to Donate Their Organs?** The Atlantic. Nov 2014. Disponível em: <<https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/11/why-dont-people-want-to-donate-their-organs/382297/>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SUBMETIDO: 11/01/2020

APROVADO: 26/03/2020