

## **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ORIENTAÇÕES AXIOLÓGICO- ÉTICAS E JURÍDICAS**

### **TRASPLANTE DE ÓRGANOS: ORIENTACIONES AXIOLÓGICO- ÉTICOS Y JURÍDICAS**

**Ramiro Délio Borges de Meneses<sup>1</sup>**

Fecha de recepción: 20.05.13

Fecha de aceptación: 17.11.13

---

#### **RESUMO**

Os Transplantes de Órgãos são cada vez mais frequentes devido ao progresso das especialidades médicas, particularmente da Cirurgia da Imuno-hemoterapia. Desta sorte, tornar-se, também, mais fácil proceder a uma fundamentação ética e axiológica mais adequada, a partir da principiologia de Beauchamp e Childress, bem como determinar um suporte jurídico mais determinante para esta realidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transplante de Órgãos, imuno-hemoterapia, cirurgia, aspectos jurídicos e fundamentos filosóficos.

#### **SUMMARY**

The Organ Transplants are becoming more frequent due to the progress of medical specialties, particularly surgery General Haematology. This sort become also easier to make ethical and axiological reasoning most appropriate, according to the Beauchamp and Childress principiology, as well as to determine a more decisive legal support for this reality.

**KEYWORDS:** Organ Transplantation, general hematology, surgery, legal and philosophical foundations.

---

<sup>1</sup> Investigador do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa-Centro Regional do Porto. Membro Efectivo do Centro de Estudos Filosóficos da Faculdade de Filosofia de Braga – Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional de Braga. Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Gandra e Famalicão

Correspondencia: [ramiro.meneses@ipsn.cespu.pt](mailto:ramiro.meneses@ipsn.cespu.pt) / [borges272@gmail.com](mailto:borges272@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

“Na história, as transplantações começaram por ser compreendidas como um acto reservado a Deus (gesto primieiro da criação da mulher a partir da costela de Adão) ou aos deuses, como testemunham alguns dos relatos da mitologia grega. O famoso cirurgião francês Ambroise Paré, nos seus livros dedicados ao estudo dos monstros, sustentava que a mistura de espécies e a criação de órgãos apenas se poderia entender como tarefa sobrenatural. Num quadro de Fra Angélico, immortaliza-se a intervenção dos santos Cosmo e Damião em favor do diácono Justiniano: servindo-se de uma perna de um etíope negro morto, eles trasplantam-na, enquanto o paciente dorme. Fazendo parte do quotidiano da medicina hodierna, sem que nos caiba inventariar aqui a sua história as transplantações tocam numa série de questões essenciais da Bioética e do Direito Biomédico, envolvem um conjunto de direitos fundamentais e são objecto de um enquadramento normativo, nacional e internacional.” Etimologicamente, a palavra bioética tem origem grega : *bios* (vida) + *ética* (conjunto de valores supremos que têm por objectivo a felicidade do homem). “Bioética é a ética das biociências e biotecnologias que visa preservar a dignidade, os principios e os valores morais das condutas humanas, meios e fins defensivos e protectivos de vida, nas suas várias formas, nomeadamente a vida humana e a do planeta”. A função da ética é fornecer o discernimento necessário ao homem para que ele possa distinguir o justo do injusto, o certo do errado. Nesta definição, a bioética seria portanto, a própria ética aplicada às mais variadas questões sobre a vida, principalmente as que envolvem a discussão acerca do valor da vida humana. Os transplantes de órgãos são do interesse da Bioética, pois envolvem questões relacionadas com a dignidade e os valores morais da vida. Os actores deste processo são os dadores, os receptores, as equipas médicas responsáveis pelo transplante e o Estado – a quem é atribuído o papel de controlador. Cada órgão ou tecido doados merecem um tratamento de “bem público”, submetido a principios constitucionais (bem-estar e justiça social), legais e bioéticos (beneficiencia, não-maleficiência, autonomia e justiça).”

Desde a Antiguidade, o interesse do homem pelo seu corpo e pelo dos outros pode ser comprovado através de livros filosóficos, teológicos, médicos e de enfermagem, que documentam os cuidados, as experiências e as curiosidades do homem em relação aos tecidos do corpo humano, segmento corporal ou órgão em particular, nos diversos períodos históricos. Os transplantes experimentais de rim começaram, em 1902, com Ulmann, tendo sido, pouco depois, aperfeiçoados por Carrell.

Os transplantes de órgãos são do interesse da bioética, pois envolvem questões relacionadas com dignidade e aos valores da vida. Os “actores” deste processo são os doadores, os receptores, as equipas de transplante e o Estado. Em 1990, já se tinham realizado no mundo cerca de 200.000 transplantes. O uso de produtos animais no tratamento de patologias humanas não é uma ideia recente. Datam do início do século XVII tentativas de ressuscitar pessoas moribundas com transfusões de sangue animal. Em 1682, na Rússia, um crânio de um soldado ferido numa batalha foi reparado com osso de cão. Posteriormente, no século XIX, registaram-se inúmeras tentativas de transplantar tecidos animais para indivíduos, nomeadamente, retalhos de pele, uretras de ovelha ou olhos de coelhos. Até fragmentos de testículo de macaco foram usados na esperança de reverter a impotência sexual <sup>(9)</sup>.

Apesar dos babuínos e chimpanzés serem, quer imunológica quer filogeneticamente, mais próximos do Homem, os porcos são, na actualidade, considerados a melhor fonte de órgãos para xenotransplantação, até porque existem em abundância e dispersamente. Outras vantagens da utilização destes animais incluem: menor risco de transferência de infecções em relação a um primata não-humano; crescimento fácil e rápido; semelhanças fisiológicas incríveis quer em função quer em tamanho e menor contestação pública uma vez que diariamente são objecto da nossa alimentação <sup>(9)</sup>. Por seu turno, o uso de primatas acarreta maior risco de transmissão de doenças dada a maior proximidade biológica; desperta mais contestação pública, pois são notórias as suas demonstrações de inteligência e as suas interacções sociais complexas e, como o seu período de gestação é longo e as gestações são geralmente únicas, aumentam os custos necessários para satisfazer a procura de órgãos.

Nos EUA, por exemplo, estão disponíveis anualmente 20000 órgãos humanos, a maioria oriundos de doadores com morte cerebral, mas são cerca de 60000 os candidatos em lista de espera, evidenciando-se uma falha profunda entre oferta e procura, que tem vindo a aumentar 10-15% ao ano. O desejável seria atingir os 50 doadores por milhão de habitante e com uma percentagem de doadores multi-órgãos situada nos 90%. Em, 2002, Portugal atingiu os 21,7 doadores por milhão de habitante, com uma taxa de colheita multi-orgânica na ordem dos 76%, conservando uma posição de destaque entre os países europeus, mas ainda assim claramente insuficiente <sup>(16)</sup>. Deste modo, a espera por um transplante é longa e muitos não resistem e morrem no entretanto. Estima-se que mais de 5% dos candidatos morre anualmente, percentagem que tem vindo a aumentar catastroficamente nos últimos anos <sup>(20)</sup>. Mas, o problema assemelha-se mais grave do que as estatísticas sugerem. Muitos dos pacientes que indubitavelmente beneficiariam do alotransplante nem sequer são inscritos nas listas de espera, simplesmente porque são candidatos menos competitivos. Assim, os escassos órgãos disponíveis são distribuídos preferencialmente aos pacientes que terão maior probabilidade de sucesso pós-transplante, excluindo-se *à priori* os indivíduos muito debilitados, para os quais se advinham complicações graves no peri-operatório; os candidatos *borderline*, ou seja, indivíduos com doenças concomitantes que inviabilizam o sucesso do transplante e os indivíduos que já receberam um transplante mas que desenvolveram uma rejeição crónica ou recorrência da doença primária. Para todos estes casos a transplantação assemelha-se como a única hipótese de sobrevida e, no entanto, é-lhes negado de imediato essa possibilidade, em detrimento de uma utilização racionalizada dos recursos disponíveis. Para agravar ainda mais a situação, em várias regiões do globo, a doação cadavérica é proibida em nome de princípios religiosos ou culturais <sup>(9)</sup>. Neste quadro negro, a xenotransplantação adivinha-se como um potencial reversor, assegurando um banco inesgotável de órgãos e o tratamento conveniente do paciente antes do agravamento clínico da doença (após o estudo e preparação adequados), mas também em situações de emergência. Sempre que necessário, em qualquer parte e em qualquer altura, a possibilidade de cura seria oferecida ao doente sem restrições e com um *outcome* mais favorável! Cada órgão ou tecido doados merece um tratamento de “bem

público”, submetido a princípios jurídicos (bem-estar e justiça social) e bioéticos. Vamos centrar a nossa reflexão ética, em torno dos transplantes de órgãos, em que o receptor e o doador são humanos, já que esta é a parte mais significativa no campo da ética e da ciência jurídica.

A transplantação é uma notável conquista da ciência em favor da saúde e do bem-estar da Humanidade. Um transplante é a transferência de um enxerto (células, tecidos ou órgãos) de um indivíduo (o dador) para outro (o receptor) ou de uma zona do corpo para outra do mesmo indivíduo, de forma a restabelecer uma função perdida e que o indivíduo se mantenha vivo

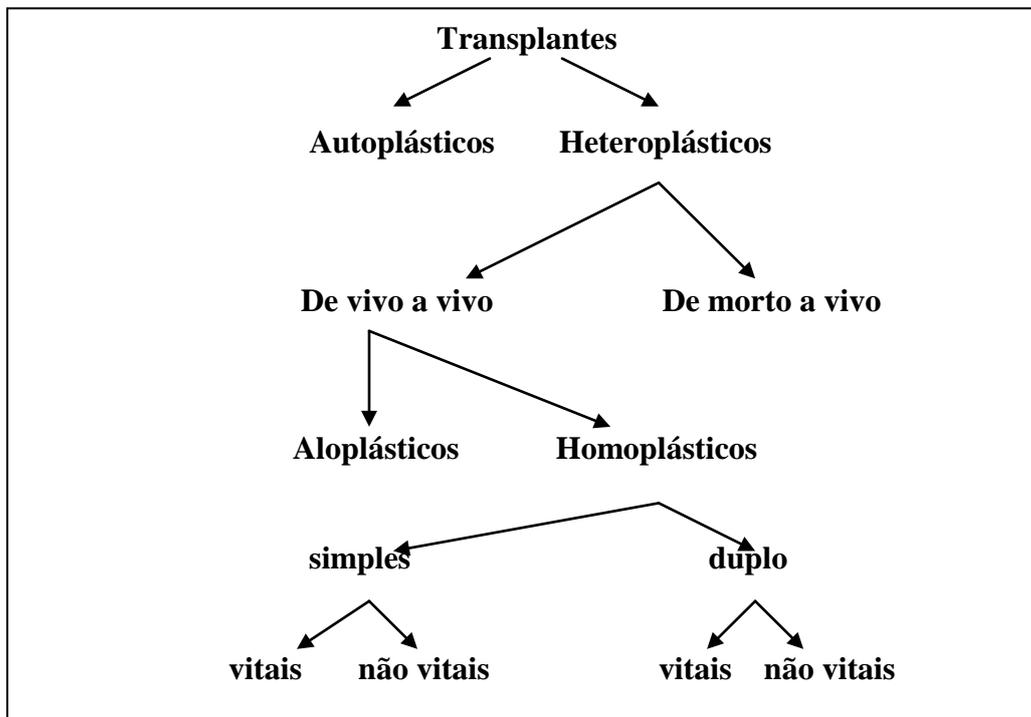
Há diferentes tipos de transplantes, designados consoante a origem do enxerto: autotransplante, alotransplante e xenotransplante. O autotransplante ou transplante autólogo é a transferência do enxerto de um local para outro do mesmo indivíduo (ex. pele). O alotransplante ou transplante alogénico é a transferência do enxerto entre indivíduos da mesma espécie. O xenotransplante ou transplante xenogénico é a transferência do enxerto entre indivíduos de espécies diferentes (ex. de macacos para humanos). De acordo com os mais recentes documentos publicados por *United States Public Health Service* e *United States Food and Drug Administration*, a xenotransplantação define-se como qualquer procedimento que envolve o transplante, a implantação ou a infusão num recipiente humano de qualquer produto das seguintes 2 categorias: (a) células, tecidos ou órgãos vivos de uma fonte animal não humana, (b) fluidos corporais, células ou tecidos humanos que contactaram *ex vivo* com produtos de origem animal não humana. Os produtos utilizados neste procedimento são então células, tecidos ou órgãos vivos <sup>(8, 15)</sup>. São exemplos: o transplante de um fígado não humano para um paciente com insuficiência hepática grave; a implantação de células neuronais em cérebros de indivíduos com doença de Parkinson e a infusão de células de medula óssea animal em doentes imunodeprimidos.

A transplantação levanta uma série de questões essenciais da Ética, envolvendo um conjunto de princípios fundamentais. O presente trabalho dará relevo apenas às

questões e aos problemas éticos relacionados com os alotransplantes, não abordando a transfusão de sangue, a dádiva de óvulos e de esperma, a transferência e manipulação de embriões nem a dádiva e a colheita de órgãos para fins de investigação científica

## NOÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSPLANTES

Chama-se transplante o acto de colher um órgão ou tecido, ou parte dele, de um indivíduo (doador) e implantá-lo noutra indivíduo (receptor) ou no caso de tecidos, no próprio doador, necessitando de ser feita revascularização e de técnicas anastomóticas. No caso de implantes de pele ou outros, da área vascular, não será necessário realizar a vascularização. Segundo o ponto de vista técnico, são diversas as classificações dos transplantes. No nosso estudo ético ,vamos seguir uma classificação clássica, que tem em conta todo o ponto de vista do “doador”.



A transplantação é uma notável conquista da ciência em favor da saúde e do bem-estar da Humanidade. Um transplante é a transferência de um enxerto (células, tecidos ou órgãos) de um indivíduo (o dador) para outro (o receptor) ou de uma zona do corpo para outra do mesmo indivíduo, de forma a restabelecer uma função perdida e que o indivíduo se mantenha vivo. Há diferentes tipos de transplantes, designados consoante a origem do enxerto: autotransplante, alotransplante e xenotransplante. O autotransplante ou transplante autólogo é a transferência do enxerto de um local para outro do mesmo indivíduo (ex. pele). O alotransplante ou transplante alogénico é a transferência do enxerto entre indivíduos da mesma espécie. O xenotransplante ou transplante xenogénico é a transferência do enxerto entre indivíduos de espécies diferentes (ex. de macacos para humanos). A transplantação levanta uma série de questões essenciais da Ética, envolvendo um conjunto de princípios fundamentais.

### **VALORIZAÇÃO ÉTICA DOS TRANSPLANTES HUMANOS**

Os Transplantes autoplásticos ocorrem quando se transplantam tecidos do mesmo organismo, de um lugar para outro. Trata-se, por exemplo, de fragmentos de pele, ossos, cartilagem, etc. A sua finalidade é curar alguma parte doente, ferida ou significativamente deformada (cirurgia plástica). A ética nunca teve problemas ao valorizar tais tipos de transplantes, dado que, como preza o princípio da totalidade, as partes estão em função do todo. Esta valorização positiva abrange a todo o tipo de transplantes autoplásticos, mas é importante que haja motivos sérios e racionais para a sua realização e que se preveja o êxito da intervenção cirúrgica. Isto também se aplica aos transplantes autoplásticos de carácter estético. Os Transplantação heteroplástica referem a transplantação de órgãos ou tecidos de um organismo para outro. Por sua vez, esta pode ser homóloga, se a transplantação ocorre entre indivíduos da mesma espécie;

- **Transplantes de vivo a vivo: aloplásticos**

Ocorrem quando o doador e o receptor são de espécie distinta entre um animal e uma pessoa humana aqui surgem variadas implicações éticas e axiológicas. Em 1984, por exemplo, numa menina, com o síndrome do lado esquerdo do coração hipoplástico,

ou seja, era muito mais pequeno que o direito e era incapaz de bombear sangue realizou-se um transplante aloplástico . Nesta situação, havia três possibilidades: deixá-la morrer, transplantar-lhe um coração humano ou transplantar-lhe um coração animal. Optou-se por esta terceira hipótese, colocando um coração de mandril. Este tipo de transplante nem sequer apresentou dificuldades para uma valorização ética positiva, visto que as intervenções técnicas, sobre o mundo infrahumano, não oferecem dificuldades do ponto de vista ético, embora respeitando o limite do discurso, em que se considera que o mundo em que intervém é o mundo do Homem. E a ética casuística abriu um amplo leque de possibilidades para este tipo de transplantes, quando afirmava a dependência do mundo animal relativamente ao “ ser humano “, e falava da possível utilização de animais para bem dos homens. A única reserva ética, que sempre se fez a este tipo de intervenção, tem sido salvaguardar a dignidade humana contra qualquer transplante indigno para o Ser Humano.

Além disso, tem-se procurado assegurar eticamente a necessidade de que o transplante seja feito para o bem do receptor, com a previsão do sucesso da intervenção, para superar a possibilidade de rejeição e a competência técnica daqueles que intervêm no transplante.

- **Transplantes de vivo a vivo: homoplásticos**

São aqueles em que o doador e o receptor são da mesma espécie, sendo especialmente dedicados a seres humanos . A este propósito convém ter em conta, se se trata de órgãos simples ou duplos, vitais ou não vitais, uma vez que um transplante total de um órgão, simples e vital ,envolve a morte do doador, o que não se justifica do ponto de vista ético. Outra coisa é quando se trata de organismos simples, mas não vitais (glândulas, tímpano, etc.), de órgãos duplos, vitais ou não (córnea, pulmão, rim, etc.), ou múltiplos (pele, cartilagem, ossos, etc.). Todo este conjunto de transplantes é muitas vezes considerado, por analogia, como os incluídos como : transfusões de sangue, enxertos de tecidos ou transplantes de partes de órgãos simples e vitais (estômago, intestino, pâncreas, etc.). Nunca foi duvidado, pela ética cristã, fazer-se uma avaliação positiva da doação de uma parte do próprio corpo, quando ele não determina consequências substanciais sobre a funcionalidade e operatividade ou que

poderiam ser facilmente reintegradas com o passar do tempo. Este seria o caso, por exemplo, das transfusões de sangue, a doação de fragmentos de pele, esquirolas de ossos, segmentos de tendões, fragmentos de cartilagens ou pequenas secções de glândulas ou de vasos sanguíneos. Nestes casos, dizia-se que se tratava de uma mutilação menor e, portanto, de uma mutilação, em sentido impróprio, posto que se tratava de um elemento superabundante, dado pela natureza. Em vez disso, não eram avaliados, da mesma forma, outros transplantes mais graves, como o rim, o que gerou uma grande discussão ética, quando em 1959 teve lugar em Paris, o primeiro de uma série, que se seguiria a partir de entorses sem solução de continuidade, chegando hoje em dia a ser normal.

### **PRINCÍPIOS ÉTICOS**

Os transplantes reflectem questões éticas relativas à experimentação no corpo humano, às decisões políticas relacionadas com a saúde, e, em sentido mais amplo, questionam os limites da dignidade humana, tornando-se num problema de matriz axiológica.. Deste modo, existe um conjunto de três princípios gerais, nos quais se incorporam intrinsecamente as questões dos transplantes:

- **Princípio da intangibilidade corporal** reflecte a pertença do corpo à identidade pessoal, e, como tal, merecedor da dignidade e da indisponibilidade. Refere-se como princípio axiológico, na linha personalista da definição de pessoa de Ricardo de São Vítor: *intellectualis naturae incommunicabilis existentia*. Desta forma, qualquer intervenção na integridade corporal é simultaneamente uma intervenção na integridade pessoal. Também poderá ser vista pela definição naturalista, influenciada pela Metafísica de Aristóteles, dada por Boécio; *naturae rationalis individua substantia*.
- **Princípio da solidariedade** defende que, sendo o homem um ser eminentemente social e portador da possibilidade de fazer um conjunto de sacrifícios em função do bem da comunidade, dentro destes sacrifícios, devem incluir-se as “dádivas de órgãos”. Trata - se, pois, segundo a minha perspectiva filosófica, não de uma *solidariedade prática*,( segundo o

deontologismo kantiano ), mas antes de uma *solidariedade poética*. Esta solidariedade é um dom, que tem um ícone na conduta exemplar e provocante de um Samaritano Bom ( Lc 10, 25-37 ). Será o motivo de uma “solidariedade agápica”. As “inclinações esplancofânicas” do Samaritano motivam os transplantes esplancofânicos, dos desvalidos na doença e no sofrimentos das patologias ( Lc 10,33 ), mais do que aquilo que advém de um imperativo categórico da *praktische Vernunft* . Na execução dos transplantes, tal como surgem nos ensinamentos poéticos, da parábola, existe uma “solidariedade esplancofânica”, para restaurar o “hemi-thanes “, que precisava de cuidados e terapêuticas. Uma delas é esta, que estamos tratando e que se reveste de carácter cirúrgico ;

- A 30 de Abril de 1990, João Paulo II recebia um grupo internacional de Nefrologistas e aproveitou a ocasião para reconhecer o gesto de solidariedade que representava a doação de órgãos, apostando-se numa maior consciência social para aumentarem o número de doadores. O argumento do Papa Wojtyla decifra-se numa maior eficiência técnica, estando vinculada ao máximo respeito pelos princípios, que dimanam da lei natural;
- **Princípio da totalidade** acredita que sendo o corpo um todo, cada parte do mesmo deve ser avaliada de acordo com esse todo. E, por isso, cada parte (membro, órgão ou função) pode ser sacrificada, em função do corpo, desde que isso seja útil para o bem-estar de todo o organismo. Foi, sobretudo, o Papa Pio XII que o referenciou na fundamentação ética , em muita casuística moral , incluindo no domínio dos transplantes. Ao longo do seu pontificado, abriu-se caminho para a aplicação do princípio da totalidade, que se poderá enunciar da forma seguinte: a parte existe para o todo e, por conseguinte, o bem da parte ficará subordinado ao bem do todo. O todo será determinante para a parte e poderemos dispor dela no seu interesse. Na alocução de 09 / 09 / 1958 , é interessante salientar a nova referência, que o Papa oferece deste princípio, quando frisa : para a subordinação dos órgãos particulares, em relação com o organismo total e a sua finalidade própria, orienta-se para a finalidade espiritual da própria pessoa ( AAS – 50, 1958, pp.693-694).

Dentro de estes três princípios gerais, insere-se um conjunto de **princípios específicos**, que se prendem com a cirurgia dos transplantes:

Assim, de acordo com o princípio da autonomia, a colheita de tecidos ou órgãos tem de passar pelo consentimento informado e autorizado, por escrito, do doador e do receptor. Em ambos os casos, este apresenta-se como um assentimento informado. Contudo, neste domínio, é cada vez mais significativo o denominado *consentimento presumido*. Este, como uma espécie de “silêncio-consentimento”, surge quando existe uma razão de urgência e, por isso, pretende-se agilizar a sua utilização, em todos os casos, em seja requerido o bem da sociedade. A legislação acaba, em matéria de doação de órgãos, do mesmo modo, como caminham as normas em matéria de exames com cadáveres para verificação diagnóstica e com fins didácticos ou com objectivos higiénicos. Por outras palavras, pretende-se superar as actuais normas, que exigem uma manifestação do consentimento explícito do doente, enquanto vivo ou dos pacientes, após a morte. Assim, propõe-se que o transplante possa ser feito, em todos os casos, nos quais não conste a rejeição explícita do doador, enquanto vivo. Esta recusa deveria ser o resultado de uma Vontade expressa por escrito, ou de uma declaração substitutiva dos parentes, que afirmem ter sido essa recusa expressa pelo doador, enquanto estiva vivo. A proposta de modificação de legislação italiana, sobre esta matéria, fora acatada pelo art. 2 do projecto-lei de 1985, representado pela X Legislatura (Senado da República Italiana). Tendo sido este princípio da autonomia introduzido por Kant, fora enunciado na *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, da forma seguinte: o princípio da autonomia é, portanto, não escolher senão de modo a que as máximas da escolha estejam incluídas, simultaneamente, no querer mesmo, como lei universal. Que esta regra prática seja um imperativo, quer dizer, que a Vontade de todo o ser racional esteja necessariamente ligada a ela como condição, é coisa que não pode demonstrar-se pela simples análise dos conceitos, nela contidos, pois trata-se de um juízo sintético *a priori* da razão prática. Segundo o filósofo de Königsberg, o citado princípio da autonomia é o único princípio da moral. Este princípio terá de ser um imperativo categórico da razão prática. O imperativo categórico é o que comanda incondicionalmente o nosso arbítrio (*Willkuer*). O homem é pessoa, segundo a *Kritik der praktischen Vernunft*, precisamente pela capacidade em

se dar, a si mesmo, o imperativo categórico da lei moral. Por isso, para Kant, o Homem é fim em si mesmo, enquanto que a natureza apresenta mero carácter de meio. Ser pessoa, capaz de decisão e responsabilidade, será ser sujeito moral autónomo. A responsabilidade kantiana será a dimensão relacional do Dever, sendo este a matéria da obrigação moral. O princípio da autonomia refere-se ao respeito pela liberdade das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que devem ser verdadeiramente autónomas e livres. Este princípio tem por base a convicção de que o Ser Humano deve ser livre de todo o controlo exterior e deve ser respeitado nas suas decisões vitais. Baseado no princípio da autonomia, existe o consentimento informado, um instrumento indispensável da prática médica. O consentimento informado é a obrigação do médico de obter a autorização do doente para lhe fornecer o tratamento. O consentimento informado significa que o doente deve ser correctamente informado do seu caso clínico e das possíveis alternativas de tratamento. Depois de informado e assegurada a sua compreensão, o doente toma a sua decisão, que deve ser livre e respeitada. Assim, o consentimento informado compreende quatro elementos fundamentais: a informação, a compreensão, a competência e a liberdade. A informação é a base da estabilidade do consentimento. O médico tem o dever de prestar a informação e o doente tem o direito de receber a informação. A informação deve abordar o diagnóstico (a natureza da doença e dos sintomas), o tratamento e as terapias disponíveis, os riscos, o prognóstico (os resultados favoráveis e indesejados do tratamento, incluindo o que poderá acontecer se o doente não se tratar) e as possíveis alternativas. A informação deve ser sensata e ponderada, suficiente, compreensível, adequada e adaptada a cada doente, prestando atenção àquilo que tem mais importância e àquilo que preocupa o doente. Não se deve inundar o doente com numerosos dados e com informações em excesso e sem interesse, mas sim oferecer-lhe os elementos fundamentais. Não se trata apenas de informar, mas sim preparar o doente para este tomar uma decisão realista e responsável. A compreensão é o entendimento, por parte do doente, da informação que lhe foi fornecida pelo médico. A informação deve ser compreensível para ser bem compreendida pelo doente. A compreensão varia muito de pessoa para pessoa, dependendo da sua capacidade intelectual, do seu nível cultural e do seu estado emocional. Por isso, é útil deixar passar algum tempo entre a informação e a decisão, para que o doente medite ou se

possa aconselhar A competência é a capacidade física e mental do doente para decidir. O doente deve estar apto para julgar e assumir conscientemente a sua doença e o seu tratamento, tomando a decisão de aceitar, recusar ou escolher o que lhe é oferecido pelo médico. A liberdade significa que a decisão do doente deve ser livre, autónoma, voluntária, sem qualquer forma de coacção, constrangimento, pressão ou manipulação. O doente pode estar sujeito a influências provenientes de familiares, da sociedade, dos técnicos de saúde e até das instituições de saúde. Quando se exige o respeito pela liberdade e a ausência de pressões, isso não significa o isolamento do doente ou o seu afastamento de todo o conselho por parte dos outros. O conhecimento dos condicionamentos existentes é um bom caminho para se alcançar uma maior liberdade Um dos factores que dificultam o consentimento informado é a falta de tempo do médico para falar com o doente, para ouvir, conhecer e sentir o doente. O consentimento informado deve ser o momento especial para se estabelecer a cumplicidade entre médico e doente, numa atmosfera de humanidade e carinho A transplantação transforma o binómio médico/doente no trinómio médico/receptor (doente)/dador. Assim, no caso das transplantações, o consentimento informado possui características específicas, comparativamente a outros actos clínicos, exige o consentimento informado do dador e do receptor No caso dos dadores cadáveres, a colheita dos órgãos obedece à decisão efectuada por esse indivíduo enquanto vivo.

Esta decisão é uma opção individual, baseada nas crenças e valores de cada pessoa, podendo ser de dois tipos: autorização (ser dador) ou proibição (não ser dador) da colheita. Em Portugal, aqueles que, após a sua morte, não desejam ser dadores, têm um mecanismo eficaz para o fazer, inscrevendo-se no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). A não inscrição no RENDDA é um pressuposto de consentimento para a dádiva O procedimento da transplantação, informando-o dos efeitos e das consequências da intervenção, de modo a obter o respectivo consentimento É desejável que os dadores vivos tenham direito a uma indemnização pelos danos sofridos no decurso do processo de dádiva e colheita. Esta indemnização não põe em causa a gratuidade da dádiva e não deve ser confundido com a comercialização de órgãos Em primeiro lugar, o médico deve avaliar a liberdade com que o dador vivo tomou a decisão da dádiva, uma vez que podem existir razões financeiras ou pressões psicológicas que forcem o indivíduo a tornar-se dador. O médico necessita de obter o consentimento informado do receptor para proceder ao transplante. Quando faz a proposta do transplante a um doente, o médico deve explicar-lhe as realidades e as probabilidades de êxito, o risco operatório, a possibilidade de rejeição, a qualidade de

vida e morbidade pós-transplante, as consequências da imunossupressão. O consentimento informado deve ser obtido na altura da admissão do doente no programa de transplantação.

### **Princípio da Não Maleficência**

O princípio da não maleficência afirma que não se deve fazer mal a alguém.

Este princípio é de tal modo importante que a primeira regra de conduta médica é “*primum non nocere*” (“primeiro, não causar dano”). Assim, não será aceitável a colheita de órgãos e tecidos num dador vivo, porque coloca-o em risco. Mas este argumento falha, porque o princípio da não maleficência não é absoluto: causar mal ou dano não é lícito mas poderá ser, se houver razões justificativas. Portanto, se os benefícios (psicológicos e morais) para o dador ultrapassarem os riscos (físicos e morais) para o mesmo, então a doação é moralmente aceitável.

### **Princípio da Beneficência**

O princípio da beneficência refere a promoção positiva do Bem e a obrigação de evitar o Mal.

O Ser Humano é eminentemente social e é capaz de realizar um conjunto de sacrifícios para o bem da comunidade, entre os quais a dádiva de órgãos e tecidos, desde que se respeite o princípio da proporcionalidade. A dádiva é encarada como um acto altruísta, filantrópico e solidário do dador em relação ao receptor. O valor beneficente da dádiva fica melhor protegido, garantindo-se a qualidade e a segurança dos actos de transplantação, de modo a evitar potenciais prejuízos ou danos para a saúde dos receptores. Naturalmente, surgem conflitos entre o princípio da beneficência e o da autonomia. O doente toma uma decisão que não é a mais correcta para a sua saúde e até para a sua vida. Pelo princípio da autonomia, a livre decisão do doente deve ser respeitada. Pelo princípio da beneficência, o médico deve assegurar o bem do doente, podendo questionar a decisão do doente. O problema é saber qual dos princípios deve ser respeitado. A resolução deste tipo de conflito varia, dando-se, nuns casos, a prevalência ao princípio da autonomia e noutros, ao princípio da beneficência. Em qualquer dos casos, o princípio da autonomia não pode tornar-se absoluto, não se podendo respeitar a decisão do doente quando ela é contrária à prática profissional ou à ética do médico. O indivíduo tem a capacidade de decidir qual a informação que quer manter em anonimato, regendo-se pelo princípio da confidencialidade. Este princípio é fundamental entre cirurgiões e os agentes esplanocnófânicos implicados nos transplantes.

O princípio da confidencialidade salienta a capacidade do indivíduo de controlar a sua própria informação e decidir qual a quer manter em anonimato. A confidencialidade é um valor básico da relação entre o médico e o doente: ao consultar um médico, o doente entrega uma parte da sua intimidade e privacidade e nesta acção está subjacente que nada do que é dito ou observado, será divulgado pelo médico. Na transplantação, a confidencialidade apresenta uma enorme importância, de tal modo que é proibido revelar a identidade do dador e do receptor. Mas surgem outros factores, como as famílias dos dadores e dos receptores, o pessoal de saúde não envolvido nos tratamentos e a comunicação social, que podem, voluntária ou involuntariamente, quebrar o sigilo. Os dados pessoais do dador e do receptor devem ser mantidos em anonimato. Se houver a possibilidade de se identificar o dador e/ou o receptor poderão surgir problemas e contradições insolúveis. No caso dos dadores cadáveres, é muito importante salvaguardar a confidencialidade do receptor para a família do dador. A identificação dos receptores poderá originar casos de transferência afectiva e social da família do dador para o receptor. Os pais, outros familiares ou os amigos do dador cadáver podem considerar o receptor dos seus órgãos como portador de uma parte da identidade do seu ente falecido, transferindo a sua afectividade e sentimentos para o receptor, com consequências imprevisíveis e nefastas. No caso dos dadores vivos, a doação é dirigida a um determinado receptor, com o qual existe uma relação pessoal próxima (de parentesco ou de amizade). Logo, o dador e o receptor conhecem-se, mas os problemas acima descritos não se colocam porque o dador permanece vivo.

Por outro lado, o receptor também não deve ter acesso à identidade do dador. Se tal acontecer, o receptor saberá o sexo, idade, raça, condição social e familiar do dador. Estes factores são irrelevantes, em termos técnicos, para o transplante. Mas, para alguns receptores, estes aspectos são importantes, em termos afectivos e sociais, podendo originar reacções psicológicas relevantes. A confidencialidade das características sociais dos dadores protege o receptor destes problemas. Os aspectos positivos são a divulgação dos sucessos, dos avanços técnico-científicos e das necessidades dos transplantes, fornecer mais informação para esclarecer dúvidas e destruir alguns mitos, a familiarização e sensibilização da sociedade para a doação, a promoção do debate ético-legal e a divulgação de alguns aspectos e práticas indesejáveis. Os aspectos negativos relacionam-se com o facto de que os transplantes são, naturalmente, um alvo da atenção da comunicação social, que, na sua ambição em fornecer notícias mais completas, o mais rapidamente possível, frequentemente revelam a identidade dos dadores e/ou receptores, quebrando o direito à confidencialidade. Com efeito, através do princípio da gratuidade, o órgão ou tecido apenas poderá ser oferecido e nunca vendido. Uma vez que este não é um objecto

manipulável, mas é antes algo dotado de individualidade própria. Este princípio está ligado com o princípio da solidariedade, sendo dispensado por muitos bioeticistas, por não trazer nada de novo, ao anterior princípio, como forma de analisar a comercialização e os aspectos pecuniários dos mesmos. Inerente ao conceito de dignidade da pessoa humana, não existe transplantação do encéfalo (embora exista de tecidos cerebrais), bem como dos órgãos sexuais. Isto porque, estas duas situações parecem pisar a fronteira da *naturae intellectualis existentia*. Sobretudo, no que diz respeito ao cérebro, em que se preserva a memória da vida, e, por isso mesmo, se assegura em última instância a individualidade, onde se mantém ontologicamente o *substens in natura rationali* (S. Tomás de Aquino) não é aceitável segundo a maioria das antropologias e respectivos fundamentos bioéticos. Por fim, tem de se atender ao princípio da não - discriminação, em que a seleção dos receptores só pode ser feita mediante critérios médicos, devidamente estudada por imunologistas (tentando impedir a rejeição da estrutura a transplantar) , pela histocompatibilidade, e por cirurgiões de variadas especialidades, para assegurarem a eficácia técnica, desde o dador até ao receptor.

Relativamente à avaliação moral das transplantações, no que diz respeito às transplantações autoplásticas, estas não oferecem qualquer problema moral, desde que respeitem o princípio da totalidade. Da mesma forma, as transplantações heteroplásticas são lícitas, desde que não impliquem alterações da *rationalis naturae individua substantia* (Boécio). Nas transplantações homoplásticas, não se levantam problemas éticos, quando apenas se trata de uma parte do corpo que não afecte substancialmente o organismo nas suas funções. Porém, quando se trata de doações de órgãos inteiros, o problema assume maior complexidade. Assim, deve assegurar-se que o doador o faça em plena liberdade e devidamente informado dos possíveis riscos, e que as funções essenciais não sofram graves danos, fazendo cumprir os princípios da beneficência e da não - maleficência: *bonum est faciendum malumque vitandum*, da moral aristotélico-tomista. Finalmente, nas transplantações heteroplásticas, deve-se ter em conta, os riscos de alteração da *intellectualis naturae incommunicabilis existentia*, que pode ocorrer no receptor, dado que a identidade da pessoa prevalece sobre qualquer utilidade, que possa vir a ser transplantada<sup>(6)</sup>. Com efeito, segundo o princípio da justiça, como proporcionalidade (pela ética nicomaqueia), no domínio dos transplantes, surgem as três formas de justiça, a saber : comutativa, distributiva e restitutiva. Cada uma destas formas, como veremos, tem o seu apelo na qualidade de

vida, determinada pelos receptores, em função das especialidades cirúrgicas envolvidas, desde a vascular até à plástica ou pela cardio-torácica. Segundo a justiça distributiva, não há dúvida que deveriam ser transferidos recursos de outros sectores económicos para o sanitário, uma vez que o doente teria direito a um transplante, ainda que a relação custo/benefício fosse baixa, e que deveriam manter-se abertos todos os serviços, por mais que fossem anti-económicos. Se é relevante esta forma de justiça, não menos o será, segundo a aretologia nicomaqueia, a comutativa, dado que regula as relações de proporcionalidade, *suumquique tribuere*, entre os doadores e os receptores. Porém, não menor significado, para os transplantados será aquiescência da justiça restitutiva ou repositiva. Assim se caracteriza a justiça como a excelência das excelências humanas. Quando uma pessoa realiza contínuos actos de justiça, isto é, sempre que esta opta pela equidade na distribuição de bens, como no caso dos transplantes, vai-se criando nela uma espécie de atitude justa e nisso consiste a virtude da justiça. Será, pois, o caminho da perfeição moral, fazer da justiça uma autêntica *vitae forma* ou *vitae regula*. Finalmente, os actos de justiça podem converter-se também na base de uma legislação; é a justiça jurídica, a Lei, de que brevemente falaremos. Segundo o princípio da gratuidade, o órgão ou tecido apenas poderá ser dado e nunca vendido, sendo proibida a sua comercialização. É eticamente inadmissível a compra e venda de órgãos, uma vez que:

- a) o corpo não é um objecto, o corpo é dotado de individualidade própria, ou seja, um “corpo-pessoa”;
- b) contradiz o conceito de dádiva como um acto solidário e desinteressado, desrespeitando o princípio da beneficência;
- c) não é um acto voluntário e livre, existindo pressões financeiras que não respeitam o princípio da autonomia;
- d) não obedece ao princípio da justiça, porque os principais beneficiários são os ricos;
- e) os riscos e os prejuízos são maiores que os benefícios, não havendo proporcionalidade.

Apesar da proibição do comércio de órgãos, na prática existe um mercado negro que resulta da desigualdade social e da crescente assimetria entre países ricos e pobres. Existem correntes de opinião a favor da negociação livre do corpo e dos seus produtos. Em 2006, o Irão tornou-se o único país do Mundo onde é possível uma pessoa viva vender um dos seus rins, recebendo entre 2000 e 4000 dólares. Tais posições, são condenadas por várias associações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde.

#### **Princípio da Proporcionalidade:**

Os princípios da não maleficência e da beneficência introduzem o princípio da proporcionalidade, que tem a ver com a avaliação dos benefícios e dos prejuízos. Pelo princípio da proporcionalidade, é possível a colheita de órgãos em pessoas vivas, desde que não cause danos graves e permanentes ou envolva perigos graves previsíveis para o dador. Assim, exclui-se a dádiva de órgãos essenciais, como o coração, cuja colheita provocaria a morte do dador. No caso dos dadores cadáveres, também é necessário observar o princípio da proporcionalidade, de modo que a colheita respeite a integridade do cadáver, devendo evitar-se as mutilações ou as dissecções não estritamente indispensáveis e sendo obrigatória a reconstituição cuidadosa do cadáver.

#### **Princípio da Justiça:**

O princípio da justiça refere-se ao respeito pela igualdade e imparcialidade, ou seja, a justiça distributiva e equitativa. Quando existe limitação ou escassez de recursos disponíveis, como é o caso de órgãos e tecidos para transplante, este princípio dá origem a problemas bioéticos difíceis. Como se deve fazer a distribuição justa dos órgãos? Que tipo de doentes se deve atender prioritariamente? Dispondo de um só órgão, a quem se deve atribuí-lo, negando-o a outros?. É necessário garantir a igualdade de acesso de todos os doentes ao transplante. A selecção dos receptores deve ser feita utilizando apenas critérios exclusivamente médicos, de modo a evitar qualquer tipo de discriminação. Não é eticamente admissível que o transplante seja recusado a um candidato utilizando critérios como o sexo, a raça ou a condição social desse receptor. Os critérios médicos são os que melhor salvaguardam a justa distribuição dos meios e cuidados.

## **BARREIRAS E RISCOS DOS XENOTANSPLANTES**

Um dos principais obstáculos à xenotransplantação é a capacidade de rejeição do transplante animal, capacidade esta que não é, geralmente, tão intensa nem tão fatal na alotransplantação, em parte devido às mais atenuadas diferenças biológicas intra-espécie<sup>(1)</sup>. Verificou-se ainda que o ataque imunológico é mais rápido e feroz quando se usam órgãos sólidos, ao invés de células ou tecidos isolados, provavelmente porque a preservação da árvore vascular desperta uma resposta imediata contra as estranhas proteínas de superfície das células endoteliais dos vasos. São conhecidas 3 vias de rejeição imunológica: (a) rejeição hiperaguda, (b) rejeição retardada e (c) rejeição celular. A rejeição hiperaguda é mediada por anticorpos humanos naturais em circulação que reagem com os antígenos expressos nos tecidos de espécies diferentes e que leva à activação do sistema do complemento com formação de áreas de hemorragia, trombose e necrose em minutos ou horas. Este fenómeno também é observado na alotransplantação quando há incompatibilidade entre os grupos sanguíneos ABO do dador e receptor<sup>(1)</sup>. A sua potência é em parte função da distância filogenética entre as espécies envolvidas sendo, portanto, mais evidente entre espécies discordantes (Homem-porco) do que entre espécies concordantes (Homem-primata)<sup>(14)</sup>. A rejeição retardada caracteriza-se por uma resposta inflamatória que pode ocorrer entre as 36-38h mas que, tipicamente, ocorre dentro de dias ou meses após o transplante. Envolve igualmente a acção de anticorpos naturais xeno-reactivos e a activação/lise das células endoteliais vasculares sendo, contudo, mais dependente da actuação de linfócitos B. Se o xenotransplante sobreviver o tempo suficiente no hospedeiro pode desencadear-se uma resposta de rejeição mediada por células, nomeadamente linfócitos T, células *natural-killer*, macrófagos e leucócitos polimorfonucleares. Mas, mesmo que o transplante consiga escapar à resposta imune do hospedeiro, coloca-se a questão se as células, tecidos ou órgãos transplantados poderão desempenhar as mesmas funções do sector afectado. Ainda não se explorou muito bem esta questão, mas pensa-se que existam várias condicionantes de função, como discrepâncias anatomo-fisiológicas e bioquímicas, nomeadamente a presença de citocinas com actividades específicas de espécie<sup>(4)</sup>.

Várias estratégias têm vindo a ser formuladas na tentativa de prevenir ou reduzir a resposta de rejeição imunológica, incluindo a engenharia genética, a imunossupressão, os inibidores do complemento e as barreiras físicas<sup>(4)</sup>. Por engenharia genética é possível adicionar ou substituir genes do genoma animal (criação de animais transgênicos), que permitam aumentar a compatibilidade entre o xenotransplante e o receptor e reduzir a potência da reacção de rejeição mediada pelo complemento. Estes animais transgênicos nascem por cesariana, são privados do contacto com a progenitora e crescem em ambientes esterilizados sob o olhar atento dos investigadores, para evitar a transmissão de infecções. A discussão em torno da engenharia genética assenta na preocupação natural do Homem na criação de “novas” espécies mais humanizadas e no perigo evidente de extinção de espécies “antigas”, violando as regras da evolução<sup>(6)</sup>. A imunossupressão, com larga experiência no campo da alotransplantação, garante alguma protecção contra a reacção de rejeição celular, mas não afecta os anticorpos ou complemento activo pré-existentes. As doses necessárias para surtir efeito são geralmente tóxicas para o receptor e predispoem para infecções oportunistas fatais. As barreiras físicas incluem encapsular os produtos transplantados em membranas semi-permeáveis ou outros aparelhos, protegendo-os do ataque imunológico<sup>(18)</sup>. Também o recurso à depleção de anticorpos pré-existentes por adsorção ou perfusão do sangue do receptor, através de colunas impregnadas de antígenos complementares, pode suavizar a rejeição hiperaguda. Vários outros métodos têm sido estudados, nomeadamente métodos de indução de hipossensibilização específica ou tolerância funcional aos tecidos xenogénicos. Para além das barreiras inerentes à xenotransplantação mencionadas, este procedimento comporta riscos para o indivíduo e para a sociedade que não podem ser menosprezados (Anexo 2). O uso de produtos de origem animal acarreta a possibilidade de transmissão de agentes infecciosos patogénicos para o receptor, para os seus contactos e para a população geral, gerando um tipo de infecção que não era previamente endémica na população humana – xenozoonose. Quando um agente infeccioso é introduzido num novo hospedeiro a sua capacidade de produzir doença, a sua virulência é imprevisível. Veja-se o exemplo do *Herpesvirus Cercopithecine 1* que, no macaco, provoca doença ligeira mas que, no Homem, causa uma mieloencefalite rapidamente progressiva com 70% de mortalidade<sup>(4)</sup>. As zoonoses mais comuns são:

encefalopatia espongiforme transmissível, mediada por príões; retrovíroses com risco de mutação do vírus e propagação horizontal e vertical na população; viroses de DNA, que causam frequentemente tumores e outras patologias no receptor. Na tentativa de as evitar, têm-se desenvolvido técnicas que permitam eliminar os agentes infecciosos nos animais utilizados. No entanto, mesmo que eficazes na eliminação de microorganismos exógenos, estas técnicas não conseguiriam prevenir a transferência de pró-vírus integrados nos cromossomas do animal, tal como os chamados Retrovírus Endógenos Porcinos (RVEP). Cerca de 1% do genoma de um mamífero consiste destes pró-vírus presentes na espécie durante milhões de anos e que podem tornar-se patogénicas quando transferidas para uma espécie diferente ou combinar-se com segmentos de DNA do receptor originando vírus novos imprevisíveis e prejudiciais para este e para a comunidade <sup>(9)</sup>.

#### **QUESTÕES ÉTICAS EM XENOTRANSPLANTES**

*Risco-benefício.* A razão risco-benefício é favorável quando o benefício potencial para o indivíduo é superior aos riscos decorrentes de um dado procedimento. No caso da xenotransplantação, a avaliação deste item é ainda mais complicada, pois terá de ser devidamente avaliado o potencial risco para o indivíduo e para a comunidade. O bem-estar da população não pode ser posto em causa em detrimento do bem-estar de um grupo restrito de indivíduos <sup>(4)</sup>. Assim os ensaios clínicos só deverão ser iniciados quando os objectivos científicos na experimentação animal tiverem sido atingidos (demonstração de sobrevida prolongada, optimização de drogas imunossupressoras, entre outros), quando a segurança da xenotransplantação for suficientemente compreendida e assegurada e quando se criarem regulamentos e legislações minimamente consensuais. E, numa fase inicial, os ensaios clínicos deverão ser limitados a um grupo restrito de doentes para asseverar a segurança, remarcar vantagens e aumentar a confiança da população neste procedimento <sup>(2)</sup>.

*Consentimento informado.* A selecção dos candidatos deverá ser pautada por etapas rigorosas, uma vez que estão em jogo riscos importantes para o paciente e respectiva comunidade. Os pacientes deverão ser informados das restrições que terão de cumprir religiosamente e da monitorização apertada e prolongada que se impõe. A adesão ao

tratamento é uma questão imperiosa, uma vez que a não-adesão associa-se a resultados menos favoráveis. O risco de não-adesão aliado ao risco aumentado de rejeição do xenotransplante torna necessário um estudo multidisciplinar e rigoroso do padrão social, psiquiátrico, familiar e comportamental dos candidatos, de forma a não serem afectadas a morbidade e a sobrevida por factores extrínsecos ao procedimento em causa. Será, igualmente, fundamental coordenar o apoio psicológico ao doente e à família, para que o stress e os difíceis desafios sejam mais facilmente superados. O direito à privacidade deverá ser respeitado, mas cabe ao profissional de saúde alertar para a previsível atenção e pressão mediática a que todos serão sujeitos<sup>(4)</sup>. A aquisição de consentimento informado é um processo fundamental, devendo o paciente ser informado cuidadosamente dos benefícios e perigos mesmo que, a quantidade de informação seja abismal ou até de difícil compreensão (cabe ao médico tornar perceptível e sucinta a informação). O doente tem sempre o direito à informação clara, precisa e abrangente para que, de sua consciência e liberdade, conclua aceitar ou recusar um dado procedimento. E isto é, particularmente, importante nos doentes em fim de vida e desesperados, que se oferecem, de imediato, para uma experimentação em seu benefício ou em prol da humanidade. Não devendo ser desencorajados a fazê-lo, cabe à equipa médica não presumir o consentimento, mas sim construí-lo, veiculando informação, levantando questões e analisando com minúcia os prós e contras<sup>(9)</sup>. Só assim, o doente poderá, de forma racional, livre e informada, dar o seu consentimento informado, livre e esclarecido. Em relação à obtenção de consentimento para a realização de um xenotransplante, é importante referir a necessidade de introduzir modificações no modelo standard de obtenção do consentimento informado individual, uma vez que os riscos deste procedimento envolvem também a família, os contactos do doente e a população em geral. Desta forma, o complexo e demorado processo de tomada de decisão deverá abranger 3 níveis: o social, o institucional e o individual. A população deve ser informada dos riscos conhecidos que podem advir da xenotransplantação, bem como, do tremendo desconhecimento e incerteza que envolvem algumas questões deste procedimento e a sua opinião deve ser indagada para a formulação de *guidelines*. As instituições devem assegurar a qualidade dos cuidados prestados, o estabelecimento e controlo dos riscos, a monitorização dos pacientes e seus relativos e a avaliação da eficácia dos

procedimentos de acordo com as deliberações e regulamentos públicos. São, igualmente, responsáveis, caso a xenotransplantação prossiga sem a existência de regras de segurança e sem o consenso social, científico e legislativo. O doente, por sua vez, deve estar ciente dos riscos individuais, familiares e sociais implicados e deve assumir perante a sociedade a obrigação de cumprir os protocolos, de respeitar a monitorização médica exigida e de aderir a todos os tratamentos necessários.

Aspectos psico-sociais. Está bem documentado que os indivíduos sujeitos a alotransplantação são afectados por vários stresses psicossociais com um impacto considerável na sua recuperação<sup>(13)</sup>. Decerto, a xenotransplantação trará consigo novas questões psicossociais para além de, necessariamente, obrigar a alterações no estilo de vida e dificultar a reintegração na sociedade. Ao contrário da alotransplantação, será possível com o uso de animal diminuir o tempo de espera do indivíduo, o qual é sempre um período de intensa ansiedade, tensão e isolamento familiar e social. Adicionalmente, estes indivíduos não mais sentirão culpa e tristeza por serem salvos à custa de uma vida humana e não mais serão alvo da atenção da família do dador<sup>(9)</sup>. Mas as desilusões, desvantagens e perigos são múltiplos. Dada a natureza experimental da xenotransplantação, os ensaios iniciais realizados são desanimadores, o sucesso é incerto e a morbilidade é significativa. O doente terá de se submeter a um isolamento inevitável e prolongado (o que pode enfraquecer os laços familiares e sociais), será encorajado à monogamia restrita e com a devida protecção, será desencorajado a ter filhos dada a provável transmissão vertical dos VREP e será certamente alvo da atenção dos *media*, com restrição da sua privacidade. Como se não bastasse, terá de travar uma luta diária entre evitar a rejeição e prevenir as infecções oportunistas, recorrendo ao uso de potentes fármacos imunossuppressores, com efeitos laterais deletérios (por exemplo: patologia tumoral maligna, depressão e psicose, insuficiência renal, neurotoxicidade e diabetes). Em termos emocionais, o indivíduo poderá sentir-se menos humanizado e menos digno, particularmente, os transplantados de coração - órgão tido no senso comum como o centro das emoções<sup>(9)</sup>.

O Homem é um ser social e, como tal, as atitudes e a aceitação públicas são determinantes no seu bem-estar. É muito provável que os xenotransplantados

enfrentem desafios sociais devastadores. Para além de suportarem o estigma da doença, poderão ser considerados desumanizados e ridicularizados por transportarem um órgão de porco, por exemplo - que é considerado um animal sujo e que não desperta afecções. O temor de uma possível infecção pode levar a atitudes sociais evasivas e desumanas, levando ao isolamento destes doentes de si já tão fragilizados. Verifica-se claramente que a qualidade de vida pós-transplante melhora, exponencialmente, com a reinserção na profissão. Contudo, estes doentes não escapam geralmente ao despedimento, por receio do patronato de ausências laborais prolongadas e de custos e seguros médicos avultados <sup>(11)</sup>. Mesmo em meio hospitalar podem ser alvo de atitudes negativas, quer por medo das tão divulgadas infecções, quer devido a conflitos de interesse entre profissionais com ideias opostas em relação à xenotransplantação <sup>(12)</sup>. E a principal e mais grave consequência será a quebra de confiança nos profissionais de saúde e, mais importante ainda, em si próprio! *Respeito pelo animal* “Durante muito tempo, não se levantaram objecções de natureza ética à experimentação no animal, mesmo quando cruenta e causadora de desconforto e dor” (Nunes R, 1999). Com a evolução da sociedade questiona-se, cada vez mais, se o uso de animais para fins terapêuticos é compatível com princípios éticos e morais. Surgiram algumas correntes mais extremistas que, de forma radical, defendem a exclusão dos animais de qualquer experimentação científica, recorrendo a três argumentos-base: o sofrimento do animal é indistinguível do do ser humano; não se pode fazer sofrer um animal e os animais têm direitos que é imperioso respeitar. No entanto, estes argumentos não são concordantes com a ética <sup>(17)</sup>. De facto, os animais não são dotados do nível de consciência, racionalidade e sensibilidade que caracterizam o Homem, pelo que não é legítimo extrapolar para o animal tudo que causa dor e desconforto no Homem. Também não se pode afirmar que os animais são sujeitos de direito. O Homem sim é que tem deveres para com o animal, que deve solenemente cumprir. O Homem deve sempre evitar infringir todo e qualquer sofrimento desnecessário ao animal e deve, sempre que possível, recorrer à anestesia ou analgesia. Deve, também, assegurar uma alimentação, acomodação e higiene adequadas e usar somente animais quando outros métodos não são possíveis. Todas as formas e tipos de vida são vidas e a vida é um bem essencial e imprescindível! Em suma, a experimentação animal deve cumprir e reger-se pelas leis aplicáveis e deve ter

por base uma utilidade estabelecida e justificada para a humanidade ou para a própria vida animal. No campo da xenotransplantação, tudo isto ganha ainda mais fundamento: é essencial realizar transplantação entre animais previamente à experimentação humana; todos os animais devem ser tratados com o máximo cuidado e higiene, para evitar o desenvolvimento e a transmissão de infecções e devem ser seguidos com rigor todos os protocolos ético-legais vigentes.

*Alocação de recursos.* Globalmente, as necessidades médicas são ilimitadas mas os recursos disponíveis são limitados. E, como tal, o objectivo será assegurar um determinado nível de assistência à saúde que satisfaça as necessidades da maioria dos indivíduos, adoptando, portanto, uma política de optimização de recursos. Contudo, gera-se um dilema ético: o uso de uma boa parte dos recursos na investigação de novos procedimentos que visem melhorar os cuidados de saúde a longo prazo ou o uso dos recursos disponíveis para assegurar que todos os indivíduos tenham acesso, a curto prazo, a uma assistência médica minimamente satisfatória. Acerca da problemática dos transplantes humanos e, na tentativa de equilibrar a procura e a oferta de órgãos, criaram-se as chamadas listas de espera únicas, baseadas na ordem de entrada dos doentes. Mas será isto eticamente correcto? Estarão assegurados os princípios éticos básicos de justiça e igualdade, na sua concepção original de tratar *desigualmente os desiguais na medida das suas desigualdades?* <sup>(5)</sup> Pensamos que não. Esta organização em lista de espera, sem a análise técnica e fundamentada, caso a caso, quanto à necessidade preeminente, acaba por institucionalizar desigualdades, relegando os pacientes à própria sorte e apartando-se, assim, do *ratio legis*, que visa atingir maior justiça no que tange ao transplante de órgãos <sup>(5)</sup>. Noutra perspectiva, o financiamento de tecnologias e procedimentos sofisticados, como a xenotransplantação, é um tema controverso. Esta técnica poderá vir a resolver o problema das listas de espera e salvar mais vidas atempadamente, mas implicaria o uso avultado de recursos, os quais poderiam ser usados num leque mais vasto de procedimentos que abrangessem o bem-estar de mais doentes. Assim, têm sido propostas outras alternativas para vencer a crise de órgãos para transplante como: (a) projectos de investigação em novas técnicas cirúrgicas para reparação do órgão malformado ou não-funcionante, ou então, em técnicas de produção de órgãos

sintéticos; (b) prevenção de estilos de vida e comportamentos prejudiciais à saúde, permitindo reduzir a incidência de doença; (c) incentivar à doação de órgãos, incluindo retornos financeiros; (d) consentimento presumido, ou seja, presunção legal de que todo e qualquer indivíduo é um potencial dador, excepto se tiver declarado o seu dissentimento. O nosso sistema corrente presume a ausência de consentimento e obriga o cidadão a expressar a sua recusa à doação, inscrevendo-se no Registo Nacional de Não-Dadores – RENNDA<sup>(17)</sup>. Mas a decisão cabe sempre e unicamente ao indivíduo e não à família, respeitando por inteiro o princípio da auto-determinação.

### **Perspectiva jurídica**

Em todas as culturas do mundo, pode assistir-se à existência de problemas jurídicos relacionados com a prática da Medicina. Porém, os limites decorrentes das intervenções, no corpo humano, assumem maior relevância, quando se fala de transplantes de órgãos e de tecidos de origem humana. No aspecto jurídico, é cada vez mais relevante considerar-se o cadáver como *communitatis res*. Numa perspectiva jurídica, deve atender-se ao direito a um consentimento informado e ao sigilo médico; ao direito do homem sobre o poder sobre o próprio corpo; ao direito do receptor recusar o tratamento, mesmo que isso implique a sua morte. Nos casos em que a colheita é feita em cadáveres, discute-se ainda o direito da família recusar a colheita. Em Portugal, no dia 22 de Abril de 1993, foi publicada a Lei 12/93, que regulamenta a Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos humanos. Esta legislação salienta a colheita em vida, a admissibilidade, a informação, o consentimento e o direito à assistência e à indemnização. No que diz respeito, à colheita em cadáveres, a lei pronuncia-se relativamente a potenciais dadores, em registo nacional (RENNDA), à certificação da morte, a formalidades de certificação e aos cuidados a observar na execução da colheita. Em ambas, vigoram a confidencialidade e gratuidade da doação. A presente lei confere o anonimato ao doador e ao receptor, proibindo a revelação da identidade de ambos. Para além disso, a dádiva de órgãos ou tecidos é assumida como gratuita, não devendo ser remunerada, inviabilizando assim o seu comércio. Relativamente a este ponto, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano, face às aplicações da Biologia e da Medicina, realizada em Oviedo, em 1997, e entrando em vigor em Portugal, em 2001, refere, no capítulo

VII (sobre a proibição de obtenção de lucros e utilização de partes do corpo humano), artigo 21º: “O corpo humano e as suas partes não devem ser, *ut sic*, fonte de quaisquer lucros”.

A legislação Portuguesa, e à semelhança de qualquer outra, apenas autoriza a colheita, em vida, de substâncias regeneráveis (art. 6º). Porém, embora esta proibição seja absoluta, para menores e outros incapazes, a título excepcional é permitida a dádiva de órgãos e substâncias, não regeneráveis, sempre que exista uma relação de parentesco até ao terceiro grau. Este tipo de norma, sendo restritiva, pretende, de algum modo, prevenir a comercialização de órgãos. Desta feita, fora reforçada, em 2001, com a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano, face às aplicações biomédicas, pelo capítulo VII, artigo 22º, onde é referido: “Sempre que uma parte do corpo humano tenha sido colhida, no decurso de uma intervenção, não poderá ser conservada e utilizada para outro fim, que não seja aquele para que foi colhida e, em conformidade, com os procedimentos de informação e consentimento adequados”. No entanto, o artigo 6º, para além de inviabilizar a solidariedade dúbia, elimina actos de solidariedade, que possam existir entre cônjuges e amigos. Em relação aos dadores incapazes, está presente a distinção entre menores e anomalia psíquica. No que diz respeito às doações de substâncias regeneráveis, nos maiores incapazes por anomalia psíquica, só pode ser feita mediante autorização judicial (art. 8º/5). Para os menores, é suficiente a autorização dos pais ou do tribunal em caso de ausência de poder paternal (art. 8º/3), sem ser necessária uma autorização judicial. Nos menores que apresentam capacidade de discernimento, exige-se somente o seu consentimento expresso. Com efeito, a idade necessária para este tipo de consentimento será os catorze anos, de acordo com o Código Penal (art.38º/3). Contudo, este valor não é estático, estando *in fieri* perante o acto médico em causa. Por fim, os dadores têm o direito de ter um seguro obrigatório (art.9º/2), com o intuito de serem indemnizados por qualquer dano sofrido. Em relação à colheita de órgãos ou tecidos em cadáveres, a legislação opta por considerar como potenciais dadores, quem não tenha manifestado, ao Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dador. Surge, na verdade, a criação do RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores), como sistema informatizado, onde se encontram todos os que manifestaram, junto do

Ministério, a sua total ou parcial indisponibilidade para doar órgãos *post mortem*. O RENNDA está publicado pelo Decreto-lei 244/94, de 26 de Setembro. Esta lei opta, deste modo, pela oposição, ao considerar que têm de ser os não dadores a manifestarem a sua vontade. Alguns juristas defendem que assim pode não estar a ser cumprida a vontade real do cadáver, mas antes uma presumida vontade. Perante tudo o que foi referido, até aqui, deve salvaguardar-se que a transfusão de sangue, a dádiva de óvulos e de esperma, a transferência e manipulação de embriões, bem como a colheita de órgãos, para fins de investigação científica, são dotados de legislação específica. Em Portugal, a colheita de órgãos ou tecidos está organizada da seguinte forma: ao Governo compete regular a organização e o funcionamento do RENNDA. A Lusotransplante é responsável pela monitorização dos resultados, ou seja, o “cross-match” entre dadores/receptores e terapêutica imunológica e os Gabinetes de Coordenação de Colheitas e Transplantes têm também, paralelamente à Lusotransplante, a coordenação dos diferentes dados.

Finalizando, segundo nossa opinião, a Lei 12/93, de 22 de Abril, apresenta duas grandes lacunas: em primeiro lugar, não fazer qualquer referência à família, como passível, para desempenhar um papel na expressão de vontade do falecido, em segundo, a ausência de parecer, relativamente aos xenotransplantes. Em Portugal, verifica-se a preocupação de actualização e harmonização legislativa, com a transposição para a ordem jurídica nacional de Directivas da Comunidade Europeia. A Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, assegura o princípio da gratuidade e da confidencialidade. O princípio da autonomia é salvaguardado pelo consentimento informado. O Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA) respeita o desejo dos cidadãos que, após a sua morte, não querem realizar a dádiva de órgãos e tecidos. O critério de morte utilizado é o da morte cerebral. Anteriormente, a dádiva de órgãos a partir de dador vivo, estava limitada à existência de uma relação de parentesco até ao 3º grau, impedindo a dádiva entre cônjuges, no contexto de uma união de facto ou relação de amizade. A nova Lei permite a dádiva de órgãos a um receptor com quem o dador tenha uma “relação pessoal próxima”. Esta fórmula de “proximidade afectiva” é suficientemente vaga e flexível para permitir a comercialização do corpo humano. Na tentativa de evitar essa possibilidade, a Lei estabelece a criação da Entidade de

Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA), um organismo que tem como missão aprovar as dádivas de dador vivo. A legislação, recentemente publicada, sobre a transplantação é satisfatória e equilibrada, sob o ponto de vista ético.

### **Doadores vivos**

Um dos argumentos sólidos, contra a doação por parte de estranhos, assenta no facto de que a primeira responsabilidade de um médico será *primum non nocere*, posto que remover um órgão, de uma pessoa saudável, coloca-a em risco. O argumento falha porque o princípio de não - maleficência não é absoluto, ou seja, existem práticas médicas que podem causar um determinado mal ao doente, apesar de serem para o seu benefício. Se os benefícios para o dador (psicológicos e morais) ultrapassarem os riscos para o mesmo (físicos e morais), então a doação é moralmente aceitável. O argumento da não- maleficência também falha, porque implica uma noção filosófica de mal limitada, ou seja, apenas considera o mal físico. As pessoas também podem sofrer psicologicamente se forem impedidas de doar um órgão. Em causa dera estar em causa o mal moral como *boni privatio*. O principal argumento moral, que apoia a doação de órgãos por parte de estranhos, é baseado no princípio de respeito pela autonomia: “se um adulto competente procura agir de forma altruísta e se oferece para doar um órgão sólido incondicionalmente e compreende os riscos e benefícios do procedimento, então o seu desejo deve ser respeitado”. Apesar de não existirem benefícios físicos para o dador, alguns estudos demonstraram um aumento da auto-estima e sentimentos de bem-estar entre os dadores.

Os dadores, não aparentados, devem ser sujeitos a critérios mais rigorosos. Todavia, os dadores familiares devem poder correr mais riscos, já que têm mais a ganhar com a doação do que os dadores estranhos. A doação por parte de dadores vivos, inicialmente, era limitada aos dadores familiares, para reduzir o risco de imunorejeição. Porém, a terapia imunossupressora permitiu que não só os familiares fossem dadores, como também outras pessoas interessadas.

Um dos argumentos que apoiam a doação, por parte de estranhos, é o facto de a procura de órgãos ser muito maior do que a oferta. No entanto, surgem alguns problemas. Será que o doador compreende os riscos, para a sua saúde, conforto e qualidade de vida que podem decorrer da doação? Relativamente ao consentimento informado, apesar da informação ser dada ao dador, nada nos garante que ele a compreenda na sua totalidade. Ou seja, pode ser difícil para a pessoa transformar dados estatísticos e quem nunca se submeteu a uma cirurgia abdominal, por exemplo, pode ter dificuldades em imaginar o pós-operatório ou possíveis conseqüências na sua qualidade de vida. Deve fornecer-se ao doador toda a informação necessária, ajustada ao contexto social, económico, afectivo, etc. Não se deve cingir apenas à informação técnica, mas, de preferência, personalizar o conteúdo, para uma dada situação concreta. Será então importante que haja a certificação de que a informação foi compreendida pelo dador e que este está ciente dos riscos que corre. Contudo, deve enfatizar-se o lado positivo da questão, ou seja, o gesto altruísta que ela poderá significar. Se existirem circunstâncias extenuantes, ou seja, possibilidades de predisposição genética para futuras doenças que aumentem o risco da doação, então o doador deve declinar, devido ao risco excessivo para a sua saúde. Mas, "haverá um nível em que o risco do procedimento é tão grande, que não devemos submeter voluntários ao mesmo, ainda que estes se movam por motivos altruístas?". O consentimento não é suficiente e existem limites para o risco que qualquer dador pode correr. Ou seja, o aumento do risco faz a balança pender para a aceitabilidade ética. Com determinados níveis de risco, nenhum dador devia ser autorizado a doar, apesar do seu consentimento. Nos últimos anos, tem surgido vários casos de tráfico de órgãos retirados a indivíduos pobres. Estas vendas são obviamente ilegais. Os argumentos contra a venda de órgãos têm a ver com a diluição do altruísmo e a "comercialização" do corpo humano, visto que estas razões ultrapassam *per longum et latum* as objecções lógicas e económicas. Não são comuns, são sim inesquecíveis as histórias, que nos lembram que a doação de órgãos não é apenas altruísta.

### **Doadores mortos**

Os doadores mais adequados são aqueles cuja causa de morte é a cerebral, em unidades de cuidados intensivos, com menos de 35 anos ou 40 anos, no caso de mulheres, sem história de doenças cardíacas. Os avanços, na terapia imunossupressora e nas técnicas de preservação e transporte de órgãos, enfatizam o contributo que os mortos podem dar aos vivos. Porém, a procura é maior do que a oferta. As directivas, da maior parte dos centros de transplantes, sublinham que devem manter-se todos os esforços para salvar a vida do potencial dador, incluindo tratamento de emergência, manutenção da tensão arterial, transfusões de sangue, tentativas de ressuscitação, etc. A declaração de morte cerebral marca uma mudança nas prioridades. Agora, ao invés de tentar salvar aquela vida, tenta preservar-se o melhor possível o corpo para retirar órgãos. No entanto, apesar da pessoa estar morta, ainda há a questão do respeito pelo cadáver. Algumas perguntas se colocam: “será justo usar um cadáver como fonte de “partes suplentes”? Será correcto subordinar crenças culturais e tradições enraizadas para benefício científico? Os potenciais doadores, que se encontram em morte cerebral, não são meras “coisas”, para serem descartadas, são seres humanos que ainda são reconhecidos como parte integrante do género humano. Apenas porque estão em morte cerebral não deixam de ser a mãe ou o filho de alguém. Como mostra a Antropologia Cultural, as relações não terminam com a morte. Além disso, será que podemos subordinar os interesses do dador aos do receptor? Poderemos argumentar que não temos uma noção clara do que são os interesses de um morto. Contudo, existe sempre a noção do princípio do respeito, que se poderá traduzir no *honeste vivere*. Assim, *Iuris praecepta haec sunt : alterum non laedere, suumque tribuere et honeste vivere*. Esta percepção jurídica é de firme aplicação no domínio dos transplantes.

## **Receptores**

Os receptores devem receber acompanhamento psicológico no sentido de lhes dar segurança, esclarecer dúvidas acerca da cirurgia, complicações, etc., Só se deve considerar o transplante se houver hipóteses de sucesso clínico. Ter que viver com um órgão que não nos pertence pode suscitar uma grande variedade de sentimentos. É importante que se faça um ajustamento psíquico para assimilar esta realidade.

### **Família**

É frequente surgirem fenómenos de transferência nas famílias, essencialmente de dadores mortos. Assim é importante salvaguardar a identidade do receptor, uma vez que estes fenómenos da transferência de afectividade e emoções podem ter consequências imprevisíveis e nefastas. Da mesma forma, também o receptor não deve ter acesso à identidade do dador. Pode discutir-se que o facto da família do dador conhecer o receptor, e ver os efeitos do transplante, poderá ser benéfico para esta. Porém, os riscos de transferência afectiva sobrepõem-se às vantagens que isto poderia oferecer. O facto de o receptor conhecer dados biológicos do dador poderá também ter efeitos negativos.

### **Técnicos**

A equipa de transplantes tem a obrigação moral de providenciar órgãos nas melhores condições possíveis. Os técnicos devem recusar retirar um órgão se esse procedimento constituir um risco de morbilidade ou mortalidade para o doador, como, por exemplo, retirar os dois rins ou o coração.

### **Conceito de morte cerebral**

Nas transplantações em que o dador é um cadáver exige-se que a colheita dos órgãos e tecidos seja apenas realizada após a morte do indivíduo. Desde o século XVII, a paragem cardíaca, respiratória e cerebral eram os critérios de morte, entendendo-se que a inactividade do coração levava à disfunção dos outros dois órgãos. No século XX, no fim dos anos 50, desenvolveram-se técnicas que permitiram o suporte artificial e prolongado das funções vitais. Através desta tecnologia, a ausência de actividade

cardíaca e respiratória eram sustentadas por meios artificiais, levantando-se problemas éticos sobre o critério de morte. Os debates que se seguiram sobre este assunto, levou a Medicina a estabelecer a “morte cerebral” como critério de morte. O critério de morte cerebral é a ausência irreversível das funções do tronco cerebral. As razões que justificam a adoção deste critério são as seguintes: a) só as estruturas do tronco cerebral permitem o funcionamento do corpo como um todo; b) a avaliação da irreversibilidade das funções do tronco cerebral é rápida, fiável e segura; c) não é aceitável admitir como critério de morte o não funcionamento de órgãos (coração e pulmões) que podem ser substituídos por próteses (cardíacas e ventilatórias) ou transplantes.

Hoje, é praticamente universal o diagnóstico clínico de morte pela verificação da irreversibilidade das funções do tronco cerebral. É necessário enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal adequados para a verificação da morte cerebral. Quanto à metodologia para verificar a morte cerebral, é necessário realizar, no mínimo, dois conjuntos de provas, que são executadas por dois médicos especialistas (em Neurologia ou Neurocirurgia) que não pertençam à equipa de transplantação e, pelo menos, um não pertença à unidade em que o doente está internado, de modo a garantir a isenção. Ao realizar-se a recolha de órgãos e tecidos, é necessário ter em consideração o consentimento/dissentimento, o princípio da confidencialidade do dador e do receptor e o reconhecimento que a morte se define como morte do tronco cerebral. O conceito de morte cerebral suscita alguma discussão. Alguns defendem que esta definição surge em resposta à necessidade de aumentar o número de dadores, sendo considerada, unicamente, como objectivo utilitarista. Outros, porém, defendem que os objectivos são de carácter humanitário e equitativo. Perante esta conflitualidade, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida elaborou o parecer 10/CNEVC/95, referindo que o diagnóstico clínico de morte implica uma avaliação científica e ética, que comprove a irreversibilidade das funções do tronco cerebral. As razões que justificam a adoção deste critério são as seguintes:

- Só as funções do tronco cerebral permitem o funcionamento do corpo como um todo;

- A avaliação da irreversibilidade, nos utentes inconscientes, é rápida e segura;
- O tronco cerebral não pode ser submetido a prótese ou transplantes.

O parecer acrescenta ainda que os critérios para declarar a morte de dadores são iguais aos não dadores, de modo a manter a consistência e o respeito pelos mortos e familiares.

## **CONCLUSÃO**

A “grande dúvida” ética nos transplantes sempre foi a utilização da dadores vivos, relacionados ou não (ou seja, com ou sem grau de parentesco). Devemos acima de tudo ter consciência de que realmente queremos voluntariamente efectuar a doação, e não ter uma atitude compulsória da qual nos possamos vir a arrepender. E visto o Homem ser considerado um ser vivo essencialmente livre, é inadmissível sermos pressionados a doar parte de nós.

A temática da transplantação de órgãos envolve então acima de tudo a consciência da pessoa, a educação, a solidariedade, o amor, a moral, a ética, o direito, os cânones religiosos, a vida, bem mais precioso, em torno da qual tudo gira, o problema médico, o profissional, as condições entre outras. A Bioética tornou-se indispensável ao ser humano nos dias actuais devido aos constantes e acelerados avanços da Biociência. O Biodireito por sua vez, está sempre atrasado relativamente a esses avanços, mesmo aos da Bioética. Os transplantes de órgãos e tecidos só são justos e dignos quando respeitada a vontade do individuo enquanto pessoa viva. De qualquer outro modo são injustos. Qualquer um de nós pode um dia travar uma árdua luta entre a vida e a morte, onde o sobreviver dependerá daqueles que manifestarão ou não a sua oposição à grandeza de um acto meritório que é o de salvar não só a vida em questão, mas certamente de todos aqueles que perdem um pedaço de si quando um ente querido falece. A concluir gostava de retomar a palavra de João Paulo II no Congresso de Transplantação em Roma durante Agosto de 2002. É absolutamente clara. “Os transplantes são uma grande conquista da ciência ao serviço do homem. A técnica dos transplantes revela-se cada vez mais como um instrumento precioso na consecução da

finalidade primária de toda a medicina, o serviço à vida humana. Se há pontos críticos que reclamam uma atenta reflexão antropológica e ética, o critério fundamental da avaliação reside na defesa e promoção do bem integral da pessoa humana. A decisão de oferecer sem recompensa uma parte do próprio corpo, em benefício do bem estar e da saúde de outra pessoa é um autêntico acto de amor. Não se oferece simplesmente uma parte do corpo, mas doa-se algo de si. Deveria promover-se uma genuína cultura da generosidade e da solidariedade. É preciso suscitar no coração de todos uma autêntica e profunda consideração da necessidade da caridade fraterna, de um amor que se possa exprimir na decisão de tornar-se doador de órgãos. Orientamo-nos, assim, para o serviço do autêntico progresso humano.”

Numa sociedade em que cada vez mais se sacralizam os avanços tecnológicos e as inovações biomédicas, urge um controlo jurídico em relação ao transplante de órgãos, visto que nem sempre aquilo que é tecnicamente possível é moral e juridicamente admissível. Assim, os transplantes de órgãos é um desses fenómenos que surgem a partir do conflito entre liberdade científica e limites éticos-jurídicos. Não há leis positivas perfeitas, mas a opção RENNDA é sensata, visto que protege o *Bem Comum* e não força ninguém a ser generoso.

Para terminar, diria que, em casos de extrema necessidade, para evitar a morte da pessoa, seria eticamente ajustado recorrer a órgãos de cadáveres, mesmo de não dadores. É que a vida pessoal supera qualquer valor: é nela que tudo se fundamenta. Segundo J. Locke, o primeiro direito do ser humano será a defesa da vida e depois segue-se o direito à saúde. Só a lei natural é perfeita: *sicut ratio insita in corde* (S. Agostinho) *vel ratio insita in natura* (Cícero). Num mundo como o nosso, a doação de órgãos, entre vivos, sempre que seja possível, bem como a entrega desinteressada dos próprios órgãos ou de familiares, uma vez que a pessoa tenha falecido, poderá considerar-se como um dos gestos mais eloquentes para afirmar a fraternidade humana. Será, pois, necessário que a reflexão e a *didaché* ajudem a enfrentar a própria responsabilidade, de modo que possa perguntar-se se a linguagem do dom gratuito terá chegado a ser para nós, em concreto, uma exigência agápica, tal se

vislumbra pela vocação plesiológica de um Samaritano, perante um Desvalido, que necessita de um transplante, segundo a inclinação esplanocnofânica (Lc 10, 33).

A questão dos Transplantes, fenomenologicamente, e de forma original, para terminar esta nossa reflexão, será uma versão da aliança agápica. YHWH, ao descobrir a solidão, segundo a narrativa folclórica veterotestamentária, sendo esta indesejada para o Homem, tira uma costela a Adam, dando-lhe uma companheira e este reconheceu-a como “carne da sua carne e osso dos seus ossos”. Este é o relato do “reconhecimento mútuo”, tal como o é no domínio dos transplantes. Este foi o momento em que o varão recebeu o nome de *Adam*, que significa “homem como parte da natureza”, uma vez que o reconhecimento passará a ser *Ish*, “homem como pessoa”. Fenomenologicamente, os transplantes de órgãos inserem-se no âmbito do personalismo dialógico, porque o ser humano tem que pronunciar o nome do outro ser humano antes de conhecer o seu próprio nome, tem que dizer Tu, antes de afirmar o Eu, reconhecendo a sua própria identidade através da relação com o outro, idêntico a Ele mesmo. Será a partir deste reconhecimento elementar e mútuo, como motor da relação social, que, não podendo ser o auto-interesse, se afirma, de preferência, a “deliberação esplanocnofânica”, não como compaixão, mas como misericórdia (Lc 10, 30 – 37). Aplicado ao mundo dos transplantes, surge um conjunto de obrigações, onde a aliança dá o seu sentido, pessoalmente assumida de identidade, de lealdade, de obrigações e de reciprocidade, que estão no “reconhecimento plesiológico” dos transplantes inspirados na “comoção das vísceras” de um Samaritano (doador de órgãos). Por todas as razões, a questão ética dos Transplantes é *,per naturam suam*, uma questão axiológica, que implica uma nova “revisão de vida”, desde o ver e julgar, até ao agir. Finalmente, dizer que a questão dos transplantes, mais do que pertencer ao “reino dos fins”, segundo o idealismo transcendental, surge como “reino das pessoas”, que é o princípio da solidariedade, segundo a ética material dos valores, ao modo de Max Scheler. Na verdade, a questão dos transplantes será uma esplanometamorfose, no ser, no agir e no estar da condição humana.

## Referências Bibliográficas

---

1. Auchincloss H Jr, Sachs DH *Xenogeneic transplantation*. Annu Rev Immunol. 1998;16:433-470.
2. Bach F, Fishman J, Daniels A: *Uncertainly in xenotransplantation: individual benefit versus collective risk*. Nature Med 4; 1998: 141-144.
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical Ethics, Fourth Edition. Oxford University Press, New York, 1994.
4. Bloom E: *Xenotransplantation. Organ Transplant*, 2002. Disponível no Medscape desde 06/17/2002.
5. Cohen C, Meireles J: *Transplants-Bioethics and Justice*. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S.Paulo 58 (6); 2003: 293-298.
6. Conference on the ethics of genetic engineering and animal patents: *xenotransplantation – animal as spare parts*. University of Wisconsin, Madison, October 12, 1996.
7. Convention for the Protection of Human rights and Dignity of the Human Being with regard to the application of Biology and Medicine: *Convention on Human Rights and Biomedicine*. Council of Europe, Strasbourg. November, 1996.
8. Draft Guidance for Industry: Precautionary Measures to Reduce the Possible Risk of Transmission of Zoonoses by Blood and Blood Products from Xenotransplantation Product Recipients and Their Contacts, FDA, December 23, 1999.
9. James Z, Ian P, Cooper C: *Xenotransplantation – the challenge to current psychosocial attitudes*. Prog Transplante 10(1); 2000: 217-225 .
10. Louisa E, Chapman MD, Eda T.Bloom: *Clinical Xenotransplantation*. JAMA,vol. 285, nº18. 2001: 2304-2306.
11. Lough ME. *Life satisfaction following heart transplantation*. J Heart Transplant. 1985: 4:446-449.
12. Paris W, Cooper DKC, Samara S, et al. *A comparison of organ transplant patient and professional staff attitudes*. Int J Rehabil Health. 1995;1:167-178.
13. Paris W, Muchmore J, Pribil A, Zuhdi N, Cooper DKC. *Study of the relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of*

*posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. J Heart Lung Transplant. 1994;13:424-432.*

14. Parker W, Saadi S, Lin SS, Holzknacht ZE, Bustos M, Platt JL. *Transplantation of discordant xenografts: a challenge revisited. Immunol Today. 1996;17:373-378.*

15. PHS Guideline on Infectious Disease Issues in Xenotransplantation, USPHS, January 19, 2001

16. Relatório de actividades de 2002. Organização Portuguesa de Transplantação, 2002.

17. Serrão D, Nunes R: *Ética em cuidados de saúde.* Porto Editora, Porto, 1999

18. Sun Y-L, Ma X, Zhou D, Vacek I, Sun AM. *Porcine pancreatic islets: isolation, microencapsulation, and xenotransplantation. Artif Organs. 1993;17:727-733.*

19. United Network for Organ Sharing. *The 1995 Annual Report of the U.S. Scientific Registry of Transplant Recipients and the Organ Procurement and Transplantation Network.* 1995.

20. United Network for Organ Sharing. *UNOS Annual Report, 1998.* Richmond, Va: UNOS; 1998