

Reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos: entre o respeito pela autonomia e a exigência de solidariedade

*Marta Dias Barcelos**, *M. Patrão Neves***

Resumo: A doação voluntária de órgãos e tecidos, através da qual a pessoa poderá contribuir com partes específicas do seu próprio corpo para o bem-estar de outrem, constitui um momento importante da história da transplantação humana, com significativo impacto para o êxito desta terapêutica. No âmbito de uma ética da transplantação, as preocupações incidem tanto sobre as estratégias de promoção da doação de órgãos, no sentido de aumentar o seu número, como sobre os requisitos de actuação que salvaguardem a integridade física e psicológica do dador bem como a sua dignidade pessoal. Neste contexto, importa estabelecer vias de convergência entre o princípio da autonomia e o princípio da solidariedade os quais, uma vez cumpridos simultaneamente, constituirão o fundamento legitimador da doação em vida.

Palavras-chave: transplantação; doação; autonomia; solidariedade.

* Licenciada em Filosofia pela Universidade dos Açores e pós-graduada em Bioética pela Faculdade de Medicina de Lisboa. E-mail: martabarcelos@uac.pt.

** Professora Catedrática de Ética da Universidade dos Açores. E-mail: patrao@uac.pt.

Abstract: *The voluntary donation of organs and tissues, which consists in allowing the person to contribute with specific parts of his body for the well-being of others, represents one of the most important moments in the history of human transplantation, with significant impact for the success of this therapy. The ethical concerns about transplantation focus on the strategies for promoting organ donation, permitting an increase in the number of transplants to be carried out, and also about the requirement of action which guarantees the integrity of the donor's body and psychological state, as well as his personal dignity. In this context, it is important to establish ways of resolving the conflict between the principles of autonomy and solidarity, which once fulfilled are the ethical foundations legitimating the living donation.*

Key-words: *transplantation; donation; autonomy; solidarity.*

0. Panorama actual da transplantação: as potencialidades terapêuticas e a escassez de órgãos

A transplantação de células, tecidos e órgãos é hoje unanimemente reconhecida como uma técnica de sucesso no contexto da medicina actual. Ensaçada desde há séculos como antecipação da concretização de um desejo visionário, só no século XX encontra condições para o êxito procurado, graças à compreensão do sistema de histocompatibilidade e à descoberta dos imunossuppressores. A partir de então a rejeição do órgão por parte do receptor, a qual até então determinava invariavelmente a morte deste e o fracasso da intervenção cirúrgica, torna-se regra geral controlável. A transplantação converte-se assim de um prometedor domínio de experimentação numa técnica terapêutica com um sucesso crescente. É neste contexto que G.M. Abouna classifica a transplantação como “o terceiro momento mais apaixonante da história da medicina, depois da descoberta da penicilina por Alexander Fleming, em 1928, e da invenção da vacina contra a poliomielite, por Jonas Salk, em 1955”¹.

¹ ABOUNA, G.M., “The humanitarian aspects of organ transplantation”, *Transplant International*, 14, 2001, p. 118.

Actualmente é possível que órgãos vitais, como o rim ou o coração, num processo de falência acelerado e irreversível e em risco eminente de deixarem de funcionar, conduzindo à morte da pessoa, sejam substituídos por órgãos em boas condições, provenientes inicialmente de cadáveres, prolongando assim o tempo e a qualidade de vida do receptor. Esta prática constitui, de facto, um dos progressos mais notáveis da medicina no século XX, através do qual milhares de vidas por ano são hoje salvas em todo o mundo.

Quase paradoxalmente, é este enorme sucesso da transplantação que desencadeia a sua maior limitação, a saber, a grave escassez de órgãos para transplante. Com efeito, a transplantação só se pode realizar se existirem órgãos em boas condições e correspondentes às necessidades físicas e ao perfil biológico dos receptores. Porém, quanto mais transplantes se realizam e se consolidam as taxas de sucesso, tanto mais aumenta a procura e escasseia o número de órgãos para transplante.

Assim sendo, o domínio da transplantação caracteriza-se hoje por duas realidades distintas que se confrontam. Por um lado, evidencia-se uma generalizada penúria de todo o tipo de órgãos para transplante e em todos os países em que se procede à transplantação. Por outro, verifica-se um aumento significativo do número de candidatos a transplantes, em virtude dos progressos da medicina na manutenção e prolongamento da vida, pelo que as listas de espera crescem de modo exponencial. Instala-se, assim, uma discrepância, literalmente fatal, entre o número de candidatos à transplantação e o de órgãos transplantáveis pelo que, em síntese, muitos dos doentes em lista de espera morrerão antes de conseguirem beneficiar de um transplante.

Neste contexto, a prioridade incide sobre o delinear de meios de acção que resultem num aumento do número de órgãos disponíveis para transplante o que, mais do que constituir um desafio técnico-científico, constitui também, e muito significativamente, um desafio ético.

Do ponto de vista técnico-científico, destacamos a enunciação do critério de morte cerebral e o estabelecimento das normas clínico-legais para a sua determinação como os acontecimentos mais decisivos para o aumento da disponibilização de órgãos para transplante.

Do ponto de vista ético, que aqui adoptamos, é possível sistematizarmos diferentes momentos fundamentais na evolução da reflexão ética sobre transplantação, com significativo impacto no aumento do número de órgãos, na passagem: da exigência de declaração prévia de consentimento para a doação, para a presunção da não oposição a esta; da colheita de órgãos exclusivamente em cadáveres para a admissibilidade da doação de órgãos em vida; da restrição da transplantação com dadores vivos a familiares para a sua abertura a todos os possíveis voluntários. Consideramos, seguidamente, cada um destes três momentos.

1. Do consentimento informado ao consentimento presumido: a expressão jurídica da vontade do dador *post mortem*

A história da transplantação na sua fase experimental relata várias práticas hoje inadmissíveis segundo os actuais padrões éticos estabelecidos e juridicamente fixados e desde sempre condenáveis do ponto de vista do respeito pela dignidade da pessoa. Entretanto, à medida que o movimento dos direitos humanos e a reflexão bioética se desenvolvem e consolidam os princípios da dignidade pessoal e da autonomia individual, tanto o domínio da experimentação humana como o da prática clínica tendem a obedecer a requisitos éticos cada vez mais exigentes.

Assim, quando nos anos 80 a transplantação deixou de ser uma prática de índole experimental para se tornar num recurso terapêutico, isto é, numa forma de intervenção clínica de sucesso, a exigência de consentimento informado, como expressão do princípio da autonomia que assiste a cada um em relação ao seu corpo, é já um requisito ético e jurídico incontornável e legitimador da transplantação.

No domínio específico em que nos situamos – da transplantação a partir de órgãos cadavéricos –, o consentimento informado consiste num processo de transmissão de informação acerca do que é a transplantação e do modo como a doação de órgãos se pode tornar decisiva para salvar vidas humanas. Coloca-se então a possibilidade aos cidadãos em geral de, uma vez falecidos, permitirem que lhes sejam retirados os órgãos que se encontrem em condições para transplante. Isto é, cada pessoa, em vida, é chamada a dar o seu

consentimento, de forma explícita, por escrito, e revogável em vida, para se tornar dadora *post mortem*. Na prática, é o cidadão que contacta os serviços competentes nesta matéria no seu país e, voluntariamente, se propõe como dador depois de falecido. A sua identificação entra então num sistema nacional de dadores e é-lhe atribuído um cartão de dador que o deve acompanhar sempre.

Este regime ético-jurídico de consentimento informado foi o primeiro a ser implementado e é ainda o que vigora em vários países europeus, nomeadamente no Reino Unido e na Alemanha, e noutros países como os Estados Unidos². Ele pode assumir duas diferentes expressões: a do “consentimento informado restrito” e a do “consentimento informado alargado”. No primeiro caso, exige-se que o consentimento que legitima a colheita e doação de órgãos *post mortem* tenha sido obtido em vida do agora falecido e potencial dador. Este é o regime que vigora, por exemplo, no Reino Unido onde a taxa de colheita de órgãos em cadáveres é bastante baixa, com apenas 13,2 p.m.p. (número de dadores por milhão de habitantes), em 2007³. Considera-se que, dos cerca de 70% da população que teria o desejo de doar os seus órgãos depois da morte, apenas 15% o venha a formalizar inscrevendo-se no registo de dadores de órgãos⁴. É convicção generalizada que muitas pessoas sem qualquer objecção a tornarem-se dadoras de órgãos após a morte, não chegam a tomar a iniciativa de o declararem em vida devido a circunstâncias muito variadas tais como: desconhecimento do local para o fazerem, falta de tempo ou de disponibilidade, ou ainda dificuldade em perspectivarem a sua própria morte.

No segundo caso – do “consentimento informado alargado” – permite-se que, na ausência de decisão em vida por parte do falecido, o consentimento para a colheita de órgãos em cadáver seja obtido

² Cf. ABADIE, A. e GAY, S., “The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study”, *Journal of Health Economics*, 25, 2006, pp. 618-619.

³ Cf. CONSELHO DA EUROPA, *International figures on organ donation and transplant – 2007*, Vol. 13, 1, 2008, p. 4. Disponível em <http://www.transplant-observatory.org/C5/News%20ONT/Document%20Library/newsletter2008.pdf> e acedido a 21 de Janeiro de 2009.

⁴ Cf. ENGLISH, V. e SOMMERVILLE, A., “Presumed consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey?”, *Jornal Medical Ethics*, 29, 2003, p. 147.

junto dos familiares, aos quais são atribuídos os direitos sobre o cadáver. Este regime permite efectivamente alargar o número de colheitas em cadáver, passando-se a contabilizar aqueles que não se declararam dadores em vida, mas cujos familiares não consideram existir objecções à doação. Nos Estados Unidos, onde vigora o regime do consentimento informado alargado, a taxa de colheita em cadáver é de 26,6 p.m.p. em 2007⁵, ou seja, já bastante superior à do Reino Unido, se bem que outros factores importantes interve-nham também na obtenção destas taxas de colheitas.

Não obstante o aumento das taxas de colheita na passagem de um regime de “consentimento informado restrito” para um de “consentimento informado alargado”, os valores alcançados são ainda claramente insuficientes para as necessidades, isto é, para atender a todos os doentes que figuram nas listas de espera aguardando por um órgão, sabendo-se que, de um modo geral, cerca de dois terços morrerão antes de serem transplantados. Um exemplo eloquente da grandeza dos números em causa será o dos Estados Unidos, cuja lista de espera para transplante, em Janeiro de 2009, ultrapassava os 100.000 doentes, entre os quais se contavam 78.176 candidatos a um rim e 15.814 candidatos a um fígado⁶.

Esta dramática realidade impulsiona o traçar de novas estratégias que venham a permitir aumentar o número de órgãos disponíveis para transplante. É neste contexto que surge um novo regime de consentimento, designado comumente por “consentimento presumido”.

No regime do consentimento presumido todos os cidadãos são considerados como potenciais dadores *post mortem*, numa lógica de solidariedade social, tendo todavia a possibilidade de, em vida, se declararem não-dadores, mais uma vez ao abrigo do princípio ético da autonomia. Para tal deverão dirigir-se aos serviços competentes nesta matéria no seu país e afirmarem, por escrito, não autorizarem a colheita de órgãos, uma vez falecidos. A sua identificação entra então num sistema nacional de não-dadores o qual é obrigatoriamente consultado antes de qualquer colheita em cadáver.

⁵ Cf. CONSELHO DA EUROPA, *International figures on organ donation and transplant – 2007*, p. 14.

⁶ Cf. ORGAN PROCUREMENT AND TRANSPLANTATION NETWORK. Disponível em <http://www.optn.org/data/> e acedido a 21 de Janeiro de 2009.

Em síntese, e numa perspectiva comparativa, o regime de consentimento informado, ou *opting in system*, exige a manifestação explícita da vontade da pessoa em dar, sem o que se presume ser não dadora; o regime de consentimento presumido, ou *opting out system*, exige a rejeição explícita da pessoa da eventualidade de dar, sem o que se presume ser dadora.

É evidente que a passagem do regime de consentimento informado para o presumido potencializa o número de órgãos de cadáveres para transplante. Por isso, este último regime vem sendo adoptado por cada vez maior número de países, nomeadamente Espanha, França, Bélgica, Áustria, e também Portugal.

O caso espanhol destaca-se como o de maior sucesso no domínio da transplantação, com uma taxa de colheita em cadáveres de 34,3 p.m.p., em 2007⁷. Este é o único país da Europa que nos últimos anos tem vindo continuamente a apresentar uma taxa de dadores *post mortem* superior a 30,0 p.m.p. É evidente, porém, que este sucesso, que se reflecte no número de vidas salvas, não se fica a dever apenas ao regime de consentimento presumido. Este só tem impacto positivo se, simultaneamente, existir uma boa organização de serviços que permita a efectiva colheita da maioria dos órgãos em condições físicas e legais para a transplantação, o célere contacto do melhor receptor para aquele órgão e a disponibilização da equipa cirúrgica para o transplante. Eis o que não acontece com igual nível de excelência em Portugal, não obstante os indicadores nacionais registarem uma contínua e consistente melhoria que o colocam já entre os países com mais elevadas taxas de sucesso. Também com o regime de consentimento presumido, Portugal alcançou uma taxa de doação de 18,0 p.m.p. em 2005, de 19,0 p.m.p. em 2006, de 23,9 p.m.p. em 2007⁸ e de 26,7 em 2008⁹.

⁷ Cf. CONSELHO DA EUROPA, *International figures on organ donation and transplant – 2007*, p. 4.

⁸ Cf. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, *Relatório estatístico de 2007*, p. 5. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollection/Documents/Relatorio2007.pdf> e acedido a 26 de Janeiro de 2008.

⁹ Cf. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, “Apresentação de dados da actividade de colheita e transplantação – 2008”. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollection/Documents/BalancoActividade2008.pdf> e acedido a 26 de Janeiro de 2009.

Em Portugal, a entidade responsável pela informação relativa a não-dadores é o designado Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA), em funcionamento desde 1994 e legislado pelo Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de Setembro. Trata-se de um sistema do Ministério da Saúde que tem por objectivo informatizar os dados de todos aqueles que manifestaram a sua oposição em relação à colheita de órgãos para transplantação, e atribuir a cada cidadão inscrito um cartão que o identifica como não-dador *post mortem*¹⁰. O número total de cidadãos inscritos no RENNDA, entre 1994 e 2008, é de 37.541, o que representa apenas 0,35% da população portuguesa¹¹.

A transição de um regime de consentimento informado para presumido colocou novos desafios à reflexão ética, muito em particular a questão da legitimidade da consideração de todos os cidadãos como potenciais dadores e de uma eventual posterior colheita dos seus cadáveres na ausência de proibição. De facto, se o cidadão não estiver informado que o Estado o considera um potencial dador e, assim sendo, se não tiver tido a possibilidade de optar pelo seu estatuto em relação à doação de órgãos, a eventual colheita que vier a ser feita após o seu falecimento pode ser apontada como uma violação da integridade do seu corpo e violação do respeito devido ao cadáver. Além disso, pode ser também considerada uma violência psicológica em relação à família, se esta for igualmente desconhecadora da lei e/ou estiver convicta de que o falecido não permitiria a colheita dos seus órgãos se tivesse tido oportunidade para se pronunciar.

Pelo exposto, e pese embora a lei portuguesa dos transplantes não o exigir, quando a pessoa declarada morta não está registada no RENNDA, constituindo legalmente um potencial dador, é prática médica corrente auscultar os familiares e respeitar a sua vontade expressa. No caso de Espanha, o governo desenvolveu uma ampla campanha de divulgação do regime jurídico do consentimento presu-

¹⁰ Cf. DECRETO-LEI n.º 244/94, publicado em *Diário da República*, I Série A, n.º 235, de 26 de Setembro de 1994.

¹¹ Cf. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, “Número de dadores de órgãos aumentou”. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/recortes/Paginas/numerodedadores.aspx> e acedido a 27 de Janeiro de 2009.

mido aquando da sua adopção, promovendo simultaneamente uma intensa campanha de sensibilização para o valor da solidariedade que a doação envolve, no sentido de desmotivar à inscrição no registo de não-dadores¹².

Se a legislação que institui o regime de consentimento presumido for acompanhada de uma vasta campanha de informação e sensibilização da sociedade para a bondade do acto e os benefícios dele decorrente, em termos individuais e sociais, não se colocam objecções éticas pertinentes. Por outro lado, se esta informação não for divulgada, a colheita é eticamente reprovável porque explora a situação de desconhecimento da lei, convertendo uma potencial doação voluntária numa apropriação abusiva e usurpadora dos direitos individuais. Assim sendo, cada Estado deve comprometer-se a realizar campanhas de esclarecimento sobre o modelo de consentimento por que optou, e também de sensibilização dos cidadãos para a virtude da dádiva de si.

Em síntese, o desafio que hoje se enfrenta é o de suprimir a fatal discrepância entre o número de órgãos disponíveis e o número de pessoas que aguardam um órgão para transplante, respeitando integralmente a autonomia da pessoa e estimulando maximamente à prática da solidariedade. Têm-se registado relevantes avanços neste sentido. Um dos mais importantes foi protagonizado pela proposta jurídica de transição de um regime de consentimento informado para o presumido, o que resultou num acréscimo no número de colheitas *post mortem* e de vidas salvas. Não obstante, as listas de espera persistem, pelo que importa avançar para novas soluções.

2. Da colheita em cadáveres à doação em vida: o paradigma moral da relação familiar

A via que hoje se prossegue para combater a escassez de órgãos para transplante com melhores resultados a curto prazo continua a ser a da tentativa de alargamento do domínio possível para a sua colheita.

¹² Cf. FRUTOS, M.A., “Concienciación para la donación”, *Nefrologia*, Vol. XIX, 4, 1999, pp. 291-292.

Sabemos que a transplantação tem sido feita predominantemente a partir da colheita de órgãos em cadáveres e que estes não são em número suficiente para as necessidades. Acabámos de explicitar como esta escassez de órgãos começou a ser contrariada pela iniciativa jurídica de alteração do regime de colheitas do consentimento informado para o consentimento presumido, afirmando também, todavia, que a procura continua a ser bastante superior à oferta. Importa, pois, avançar para novas iniciativas que contribuam para aumentar o número de órgãos disponíveis para transplante e a que actualmente se afigura mais prometedora é ainda a de ampliação do domínio possível da colheita, agora através do seu alargamento à doação em vida de órgãos duplos ou regeneráveis.

A iniciativa não é absolutamente inédita. Sabe-se que na fase experimental dos transplantes se recorria a dadores vivos. Basta recordarmos que as primeiras experiências de transplante de rim consideradas de algum sucesso, na década de 50, eram realizadas entre gémeos homozigóticos, ambos vivos. No entanto, a expectativa de sobrevivência do receptor contava-se em semanas e o dador corria também sério risco de vida, pelo que este procedimento não se revestia de qualquer valor terapêutico. Neste sentido, constituía um procedimento cientificamente problemático, clinicamente inaceitável e eticamente reprovável.

A fase clínica dos transplantes trouxe novas exigências ético-legais, em particular no que se refere à selecção dos dadores. A opção recaiu então, primeira e naturalmente, no dador cadáver: a colheita – autorizada pelo próprio, em vida, ou, por ocasião do seu falecimento, por familiares –, não implicava qualquer prejuízo, centrando-se os potenciais prejuízos apenas no receptor que, encontrando-se na iminência de morrer na ausência do transplante, teria sempre benefício em ser transplantado.

É verdade que recorrendo apenas a órgãos de cadáveres o seu número para transplantação era bastante escasso. Os cadáveres cujos órgãos se encontram em boas condições para colheita e transplante são poucos: muitas mortes verificam-se por doença e/ou ocorrem em pessoas já idosas, pelo que os órgãos não são clinicamente indicados para transplante; as mortes por acidente, mais frequentes entre jovens, nem sempre permitem uma colheita atempada do órgão, isto é, antes deste se começar a deteriorar, pelo que a maioria dos órgãos acaba por não ser utilizada para transplante.

Neste âmbito, a grande revolução, que reverteu em prol da transplantação, foi de natureza científica, médica, na aquisição da capacidade de determinação da morte não apenas pelo tradicional critério cárdio-respiratório, mas pelo critério de morte cerebral. As vantagens deste progresso médico são muito relevantes, especificamente no contexto em que nos situamos. Com efeito, a partir do momento em que se torna possível declarar a morte de alguém antes da sua falência cárdio-respiratória, isto é, enquanto a pessoa se encontra ligada a um sistema de suporte vital, os seus órgãos mantêm-se em excelentes condições para colheita e transplante, podendo também ser assim mantidos durante o tempo necessário para contacto e preparação do receptor. Além disso, sabe-se que a maioria das pessoas em situação de risco de vida que vêm a ser ligadas a um sistema de suporte vital são acidentados, e frequentemente pessoas jovens, pelo que, uma vez falecidos, os seus órgãos são, regra geral, avaliados do ponto de vista clínico como adequados para transplantação.

Não obstante o progresso médico potencializador do aumento do número de órgãos para transplante, este permanece insuficiente para as necessidades. Nas sociedades europeias morrem cerca de 10 pessoas por dia enquanto aguardam por um órgão. No caso de Portugal, a lista de espera para transplantação de rim contava com 2.324 doentes, em Dezembro de 2007. Ao longo daquele ano 650 novos candidatos foram admitidos a transplante de rim e 97 doentes faleceram enquanto aguardavam por este mesmo órgão¹³.

A iniciativa jurídica descrita e o progresso médico apresentado são, pois, ainda insuficientes para o ambicionado objectivo de transplantar todos os que necessitam. Importa desencadear uma nova iniciativa, desta feita de índole moral, inédita, no sentido de possibilitar a ampliação do domínio de colheita de órgãos: da colheita exclusivamente em cadáver passa-se para a possibilidade de doação e transplantação em vida. É evidente que, quer por razões médicas, no sentido de minimizar o risco de rejeição, quer por motivações morais, na medida em que há sempre riscos de saúde envolvidos, a doação em vida se faz preferencialmente entre fami-

¹³ Cf. CONSELHO DA EUROPA, *International figures on organ donation and transplant – 2007*, p. 32.

liares. A lei de transplantação dos vários países em que este tipo de cirurgia se faz prevê já a doação em vida, adoptando algumas restrições que, em termos gerais, procuram prevenir a possibilidade de morte ou de problemas de saúde graves e irreversíveis nos dadores e garantir a absoluta gratuidade da doação. Muitos destes países fizeram acompanhar as alterações legais por campanhas de sensibilização da sociedade para a generosidade e solidariedade de dar vida através da dádiva de um órgão.

No âmbito da doação em vida, os transplantes mais frequentes são os de rim e de fígado: o primeiro, por ser um órgão par e o organismo poder manter o seu funcionamento normal com apenas um; o segundo, por ser um órgão que se regenera, retomando o seu tamanho e funções normais após uma colheita parcial. Destaca-se ainda a doação de tecidos, como a medula óssea, muito frequente para a recuperação de doentes, por exemplo, sujeitos a quimioterapia (ou doentes com leucemia). A doação de órgãos vitais que implicasse a morte do dador, como coração ou pulmão, estão absolutamente proibidos.

Do ponto de vista técnico, a colheita de órgãos e tecidos em dadores vivos é considerada vantajosa em relação à colheita realizada em cadáveres: a compatibilidade pode ser superior e a acessibilidade também, sobretudo tendo em consideração que a espera por um órgão de cadáver, além de geralmente longa, envolve riscos acrescidos. Em Portugal, por exemplo, o tempo de espera por um transplante de rim proveniente de cadáver é em média de 3 a 4 anos. No caso da doação de rim ou fígado, o recurso ao dador vivo possibilita a programação da cirurgia de colheita com a cirurgia de transplante, preservando o bom funcionamento do órgão e as qualidades terapêuticas que lhe estão associadas. Em situações de urgência, como alguns transplantes de medula óssea, o recurso ao dador vivo é decisivo pois, regra geral, são os irmãos do doente os que reúnem melhores condições para a doação.

Existem, porém, algumas questões éticas relevantes associadas à doação em vida que devem ser apontadas. O facto da doação se realizar em vida do dador e entre familiares apontaria para uma diminuição da pertinência do questionamento ético, garantindo um consentimento actualizado e uma motivação moralmente sólida. A relação afectiva que caracteriza geralmente o agregado familiar

deveria contribuir para uma doação altruísta e solidária em que um membro da família dá parte de si, de modo não só voluntário mas mesmo desejado, para salvar a vida ou contribuir para o bem-estar de um outro elemento da família. As doações estabelecem-se então mais frequentemente de pais para filhos e entre irmãos. Porém, é neste contexto emotivo que alguns problemas graves emergem como sejam: o da pressão psicológica e social sobre os pais para que doem aos filhos quando, por razões diversas, não o querem de facto fazer; o da pressão psicológica e afectiva dos pais sobre um filho para que doe ao irmão; a geração de um filho com a finalidade assumida de se tornar dador de um outro filho doente desse mesmo casal; a colheita de órgãos ou tecidos numa pessoa com deficiência mental, autorizada por um irmão e para benefício próprio.

Neste contexto, as questões éticas mais importantes referem-se ao carácter voluntário da doação e ao nível de confidencialidade e privacidade que deve subsistir mesmo quando existe uma relação familiar entre potencial dador e receptor. Com efeito, a coacção sob qualquer forma que possa assumir – psicológica, social, emocional ou outras – afecta o carácter gratuito que deve presidir a toda e qualquer doação, cuja exigência se acentua particularmente quando a doação é em vida. Também importa reconhecer que todos os familiares de um candidato a transplante devem poder expor livremente à equipa de saúde a sua posição no que se refere à potencial doação, ao abrigo dos princípios da confidencialidade e da privacidade.

Em suma, é indubitável que a possibilidade de doação em vida entre familiares veio possibilitar salvar muitas pessoas que, aguardando por um órgão de cadáver, poderiam ter vindo a falecer antes do transplante. Não obstante, e mais uma vez, as listas de espera persistem, pelo que importa continuar a avançar para novas soluções.

3. Da relação familiar à solidariedade social na doação: o confronto com novos desafios sociais

Partimos da apresentação e compreensão das causas da dramática discrepância entre o elevado número de doentes que carece

de um transplante e a escassa quantidade de órgãos disponíveis, para percorrer as mais decisivas iniciativas que têm vindo a ser tomadas tendentes a superar esta situação. Assim, verificámos que, num primeiro momento, se procedeu à alteração do modelo jurídico da doação *post mortem*, avançando-se da exigência de consentimento informado para um consentimento presumido, salvaguardando a vontade do dador e respeitando o princípio da autonomia da pessoa em relação ao seu próprio corpo. Num segundo momento, procedeu-se à alteração do paradigma moral da doação, tornando admissível a doação em vida entre pessoas biologicamente relacionadas.

Pese embora estas medidas terem contribuído de facto para aumentar a quantidade de órgãos disponíveis, não alteraram significativamente a discrepância antes apontada, uma vez que o número de pessoas necessitadas de um transplante continuou a aumentar. Assim sendo, persiste o drama da morte de pessoas em lista de espera para um transplante.

Abre-se agora um terceiro momento, a que fazemos também corresponder a nossa última etapa a percorrer neste estudo: o da viabilização da doação em vida não só de familiares mas também de voluntários. Ou seja, assistimos hoje, em muitos países, ao alargamento das possibilidades de doação de órgãos em vida, a qual deixa de estar restrita a familiares e passa a ser admissível a voluntários que mantenham uma “relação pessoal próxima” com o doente, nomeadamente cônjuges.

A nova orientação sobre a doação de órgãos entre vivos que mantenham entre si uma “relação pessoal próxima” encontra-se expressa no “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, do Conselho da Europa (2002)¹⁴, sendo cada vez maior o número de países europeus que tem vindo a adoptar o novo paradigma de doação em vida.

Esta nova possibilidade traduz uma importante mudança social no paradigma da doação em vida: uma pessoa pode agora proceder

¹⁴ CONSELHO DA EUROPA, “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, *Revista Portuguesa de Bioética. A Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina Revisitada*, Suplemento 1, 2007, p. S87.

a uma dádiva de um órgão duplo ou de um órgão regenerável para salvar a vida ou restaurar a saúde de uma outra pessoa, com quem tenha uma relação estreita, fazendo-o a título gratuito e sem benefício próprio previsível. Se, até recentemente, a doação de órgãos decorria do princípio da autonomia, quer na doação *post mortem*, quer na doação em vida entre familiares, agora o novo desafio que se propõe é o de um exercício pleno do princípio de solidariedade, num apelo social à doação de órgãos. A percepção hoje dominante é a de que a doação de células, tecidos e órgãos constitui um bem para a sociedade em geral pelo que os cidadãos devem poder contribuir deste modo para o bem do outro, que lhes é próximo, e da sociedade humana em que vivem. Instaure-se assim uma nova lógica no domínio da transplantação: a da solidariedade.

Esta lógica da solidariedade já vem sendo implementada e incentivada nas nossas sociedades em relação a outras partes do corpo humano, nomeadamente células e tecidos. Por exemplo, desde há muito que se fazem campanhas regulares de recolha de sangue entre a população e se incentiva os cidadãos a tornarem-se doadores de sangue. Este é um meio importante para a constituição de bancos de sangue permanentemente necessários para acudir às necessidades constantes de pessoas doentes e sobretudo de acidentados em múltiplas situações de iminência de morte. No que se refere à doação de tecidos ganha destaque a constituição de bases de dados relativa a doadores de medula óssea. Estas bases são de importância vital na medida em que a necessidade de transplantes de medula tem vindo a aumentar e a dificuldade em identificar um dador com antígenos HLA compatíveis com os da pessoa doente é elevada. Também por isso, existe, neste âmbito, uma partilha de informações no plano internacional, tendo em vista potencializar a identificação do dador adequado para uma determinada pessoa e independentemente da sua nacionalidade. Em Portugal, a entidade responsável por esta função é o Centro Nacional de Doadores de Células de Medula Óssea, Estaminais ou de Sangue do Cordão – CEDACE –, criado em 1995, por despacho do Ministro da Saúde, e que tem mantido desde então um forte crescimento do número de doadores inscritos. Por exemplo: em 1998, este registo contava com 597 doadores de medula óssea; em 2004, apenas seis anos passados, o número de inscritos tinha aumentado para 22.047; o ano de 2005

registou praticamente o dobro das inscrições até então alcançadas, passando a contar com um total de 43.790 dadores; em 2006 atingiram-se números surpreendentes, totalizando 62.578 de potenciais dadores de medula óssea; os dados referentes a 2007 são novamente marcados por um forte crescimento no número de inscritos, sendo que em Dezembro deste ano de 2008 o CEDACE passou a contar com 106.944 dadores¹⁵.

Actualmente, o apelo à solidariedade social estende-se da doação de células (sangue) e de tecidos (medula óssea) à doação de órgãos (duplos ou regeneráveis).

Esta nova orientação social estruturada numa lógica da solidariedade encontrou também já reflexo na lei portuguesa. Com efeito, a Lei n.º 22/2007, de 29 de Julho, que transpõe parcialmente para a ordem jurídica portuguesa a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004, revê a anterior Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, na qual a doação em vida estava restrita a familiares:

“1. Sem prejuízo do disposto no número seguinte, só são autorizadas as colheitas em vida de substâncias regeneráveis.

2. Pode admitir-se a dádiva de órgãos ou substâncias não regeneráveis quando houver entre dador e receptor relação de parentesco até ao 3.º grau”¹⁶.

Esta lei de 1993 não possibilitava uma taxa de doação em vida muito significativa devido ao carácter limitado que a determinava. Importa referir que durante o ano de 2005 a doação entre vivos foi de apenas 4,0 p.m.p.¹⁷ e em 2007 foi de 3.5 p.m.p.¹⁸.

¹⁵ Cf. CENTRO NACIONAL DE DADORES DE CÉLULAS DE MEDULA ÓSSEA, ESTAMINAIS OU DE SANGUE DO CORDÃO, *Relatório de Actividades CEDACE – 2007*, p. 5. Disponível em http://www.chsul.pt/relatorio_cedace.htm e acedido a 28 de Janeiro de 2009.

¹⁶ LEI n.º 12/93, artigo 6.º, publicada em *Diário da República*, I Série A, n.º 94, de 22 de Abril de 1993.

¹⁷ Cf. CONSELHO DA EUROPA, *International figures on organ donation and transplant – 2005*, Vol. 11, 1, 2006, p. 6. Disponível em http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/2006transplantNWSLTTR_en.pdf e acedido a 19 de Janeiro de 2009.

¹⁸ Cf. CONSELHO DA EUROPA, *International figures on organ donation and transplant – 2007*, p. 6.

Ao abrigo da Lei n.º 22/2007, é agora possível doar órgãos independentemente do relacionamento familiar, tendo o artigo 6.º acerca da “admissibilidade”, a seguinte redacção:

“1. Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, são admissíveis a dádiva e colheita em vida de órgãos, tecidos e células para fins terapêuticos ou de transplante.

2. No caso de dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, a respectiva admissibilidade fica dependente de parecer favorável, emitido pela Entidade de Verificação de Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA)”¹⁹.

O artigo 8.º da Lei n.º 12/93 mantém-se inalterável na Lei n.º 22/2007:

“1. O consentimento do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário”²⁰.

Alargando o número de potenciais dadores pretende-se contribuir para a redução da escassez crónica de órgãos e para o aumento do sucesso da transplantação, o que se traduzirá em vidas salvas e melhoria da qualidade de vida. Com esta alteração da lei, a doação de órgãos entre vivos aumentou 36,8% de 2007 para 2008, com 38 e 52 colheitas respectivamente²¹. Verifica-se ainda que, ao ficar contemplada a possibilidade de doação entre os membros de um casal, se responde a um anseio desde há muito manifestado por potenciais receptores e dadores, dando assim também cumprimento ao já recomendado pela “Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”, do Conselho da Europa, de 1997, e pelo referido “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”.

Importa, todavia, sublinhar que nestes documentos internacionais se prevê que a doação entre pessoas sem qualquer relação

¹⁹ LEI n.º 22/2007, artigo 6.º, publicada em *Diário da República*, I Série, n.º 124, de 29 de Junho de 2007.

²⁰ *Ibid.*, artigo 8.º.

²¹ Cf. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, “Apresentação de dados da actividade de colheita e transplantação – 2008”.

biológica se verifique apenas entre aquelas que possuam uma relação afectiva significativa ou “relação pessoal próxima” (*close, intime*), o que a lei portuguesa não acautela.

Coloca-se assim, com uma maior acuidade a questão ética fundamental que este plano de acção suscita, a saber, a do tráfico e comercialização de órgãos. Com efeito, uma vez admitida a doação de órgãos em vida entre pessoas sem relação biológica, e sem o requisito de existência de uma relação afectiva próxima entre dador e receptor, estabelecem-se condições que podem facilitar a comercialização de órgãos. Isto é, no contexto descrito, e a título meramente ilustrativo, uma pessoa pode apresentar-se como dador voluntário de um rim para uma outra pessoa, que identifica, e vir a ser paga de forma oculta, dissimulada, pelo receptor apontado.

É do conhecimento comum que existe um mercado negro de órgãos, com uma rede que se estende a numerosos países, nomeadamente na Índia e noutros países do Médio Oriente e Extremo Oriente, Norte de África, Europa de Leste e América Latina. Este mercado transacciona órgãos obtidos de forma não só ilegal, mas também violadora dos mais elementares direitos humanos. Não são raros os casos conhecidos de rapto e homicídio de pessoas para colheita de órgãos; também se sabe que, em zonas geográficas subdesenvolvidas, a população mais pobre (do ponto de vista financeiro, mas também, no que se refere ao nível de instrução ou outras formas de dependência familiar e/ou social) é aliciada ou mesmo condicionada a venderem partes do seu corpo por uma percentagem ínfima do valor por que o órgão vai chegar ao receptor. O tráfico de órgãos constitui invariavelmente um meio para explorar e agravar a vulnerabilidade dos mais fracos, além de constituir uma forma de objectivação da pessoa e, como tal, um atentado à sua dignidade. Por isso, a comercialização de órgãos, bem como o seu tráfico, é eticamente inaceitável e deve ser juridicamente proibida.

A lei portuguesa proíbe explicitamente a comercialização de células, tecidos e órgãos no seu artigo 5.º sobre a “gratuidade”:

“1. A dádiva de órgãos, tecidos e células, para fins terapêuticos ou de transplante, não pode, em nenhuma circunstância, ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização”²².

²² LEI n.º 22/2007, artigo 5.º.

Importa agora que, para além do enunciado teórico do princípio ético-jurídico fundamental da gratuidade, se organizem procedimentos e se desenvolvam práticas que eliminem toda e qualquer possibilidade de comercialização neste domínio. O desafio ético, jurídico, político e social que a transplantação coloca é o de promover a dádiva prevenindo o comércio.

Em termos especificamente éticos, o desafio é o de fazer convergir a autonomia individual, expressa pelo consentimento livre e esclarecido, com a solidariedade social, testemunhada pela dimensão altruísta da gratuidade da dádiva. Apenas no domínio de intersecção entre o respeito pela autonomia e a exigência de solidariedade a doação em vida se tornará eticamente legítima, preservando e promovendo a dignidade humana, e clinicamente eficaz, diminuindo a designada fatal discrepância entre o número de candidatos a transplante e de órgãos disponíveis para transplante.

Referências Bibliográficas

- ABADIE, A. e GAY, S., “The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study”, *Journal of Health Economics*, 25, 2006: 599-620.
- ABOUNA, G.M., “The humanitarian aspects of organ transplantation”, *Transplant International*, 14, 2001: 117-123.
- AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, “Apresentação de dados da actividade de colheita e transplantação – 2008”. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/BalancoActividade2008.pdf> e acedido a 26 de Janeiro de 2009.
- AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, “Número de dadores de órgãos aumentou”. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/recortes/Paginas/numerodedadores.aspx> e acedido a 27 de Janeiro de 2009.
- AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, *Relatório estatístico de 2007*. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio2007.pdf> e acedido a 26 de Janeiro de 2009.
- CENTRO NACIONAL DE DADORES DE CÉLULAS DE MEDULA ÓSSEA, ESTAMINAIS OU DE SANGUE DO CORDÃO, *Relatório de Actividades CEDACE – 2007*. Disponível em http://www.chsul.pt/relatorio_cedace.htm e acedido a 28 de Janeiro de 2009.

- CONSELHO DA EUROPA, *International figures on organ donation and transplant – 2005*, Vol. 11, 1, 2006. Disponível em http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/2006transplantNWSLTTR_en.pdf e acedido a 19 de Janeiro de 2009.
- CONSELHO DA EUROPA, *International figures on organ donation and transplant – 2007*, Vol. 13, 1, 2008. Disponível em <http://www.transplant-observatory.org/C5/News%20ONT/Document%20Library/newsletter2008.pdf> e acedido a 21 de Janeiro de 2009.
- CONSELHO DA EUROPA, “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, *Revista Portuguesa de Bioética. A Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina Revisitada*, Suplemento 1, 2007.
- DECRETO-LEI n.º 244/94, publicado em *Diário da República*, I Série A, n.º 235, de 26 de Setembro de 1994.
- ENGLISH, V. e SOMMERVILLE, A., “Presumed consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey?”, *Jornal Medical Ethics*, 29, 2003: 147-152.
- FRUTOS, M.A., “Concienciación para la donación”, *Nefrologia*, Vol. XIX, 4, 1999: 288-293.
- LEI n.º 12/93, publicada em *Diário da República*, I Série A, n.º 94, de 22 de Abril de 1993.
- LEI n.º 22/2007, publicada em *Diário da República*, I Série, n.º 124, de 29 de Junho de 2007.
- ORGAN PROCUREMENT AND TRANSPLANTATION NETWORK. Disponível em <http://www.optn.org/data/> e acedido a 21 de Janeiro de 2009.

Revista Portuguesa de
Bioética

Cadernos de Bioética

Ano XIX/48 N. S. N.º 7 Maio 2009

Sumário

- 7 O pensamento de Teilhard de Chardin no cruzamento da natureza e do espírito
Michel Renaud
- 23 Reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos:
entre o respeito pela autonomia e a exigência de solidariedade
Marta Dias Barcelos, M. Patrão Neves
- 43 Racionalidade comunicacional e comissões de ética: perspectivas
Carlos d'Almeida Pereira
- 63 Privacidade, segredo profissional e saúde nas instituições
Joaquim Pinheiro
- 81 A qualidade de vida – merece toda a vida ser vivida?
Isabel Carmelo Rosa Renaud
- 95 Idoso em contexto familiar e institucional: um estudo exploratório e descritivo
Odete Araújo
- 111 À conversa com Lukas Radbruch, presidente da *European Association
for Palliative Care – EAPC*
Sandra Martins Pereira
- 127 Notícias e Comentários
Reuniões
Recensões