

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA**



**INTEGRIDADE DA PESSOA:**  
**FUNDAMENTAÇÃO ÉTICA PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E**  
**TECIDOS PARA TRANSPLANTAÇÃO**

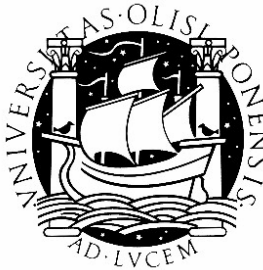
**Marta Raquel Dias Barcelos**

**Mestrado em Bioética**

**2009**

**A impressão desta dissertação foi aprovada  
pela Comissão Coordenadora do Conselho  
Científico da Faculdade de Medicina de  
Lisboa em reunião de 17 de Fevereiro de 2009.**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA**



**INTEGRIDADE DA PESSOA:**  
**FUNDAMENTAÇÃO ÉTICA PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E**  
**TECIDOS PARA TRANSPLANTAÇÃO**

**Marta Raquel Dias Barcelos**

**Mestrado em Bioética**

**Dissertação orientada**  
**pela Professora Doutora Maria do Céu Patrão Neves**  
**e co-orientada pelo Professor Doutor António Barbosa**

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade da sua autora, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

***Aos meus pais***

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria do Céu Patrão Neves, orientadora desta dissertação, pelos caminhos que me ajudou a percorrer, pelos conselhos que me sempre deu e, sobretudo, pela amizade que existe para além deste encontro.

Ao Professor Doutor António Barbosa, pela sua co-orientação e pelo acolhimento sempre amigável na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Aos meus pais, por me terem ensinado que os pequenos momentos da vida se tornam mais plenos quando são partilhados em família.

Ao Gonçalo, sereno acompanhante desta caminhada, cujo fim se cruza com o princípio de um grande projecto de nós os dois, o nosso casamento.

A todos aqueles que, pela amizade sincera e profundo diálogo, me apoiaram neste percurso.

## ÍNDICE

|                |    |
|----------------|----|
| RESUMO .....   | 8  |
| ABSTRACT ..... | 9  |
| A ABRIR .....  | 10 |

### CAPÍTULO I

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| NOÇÃO FUNDAMENTAL DE "PESSOA": REVISITAÇÃO DO CONCEITO FILOSÓFICO .....       | 16 |
| 1. A RAIZ DO CONCEITO DE "PESSOA" E A SUA COMPLEXIDADE DE SIGNIFICAÇÕES ..... | 16 |
| 2. DA CONCEPÇÃO SUBSTANCIAL À CONCEPÇÃO DINÂMICA DE "PESSOA" .....            | 21 |
| 3. COMPREENSÃO DE PESSOA NA RELAÇÃO ESSENCIAL COM O OUTRO .....               | 36 |

### CAPÍTULO II

#### DIMENSÃO PLURAL DE PESSOA:

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| DA AFIRMAÇÃO DA SINGULARIDADE À INTEGRAÇÃO NA COMUNIDADE ..... | 42 |
| 1. A PESSOA COMO SER SINGULAR E SER COMUNITÁRIO .....          | 42 |
| 2. CORPOREIDADE E ESPIRITUALIDADE DA PESSOA .....              | 45 |

### CAPÍTULO III

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| PESSOA E BIOMEDICINA: O DESAFIO DA TRANSPLANTAÇÃO .....    | 53 |
| 1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA TRANSPLANTAÇÃO:                   |    |
| DA ARTE DOS SANTOS AO ENGENHO DOS HOMENS .....             | 53 |
| 2. PANORAMA ACTUAL DA TRANSPLANTAÇÃO:                      |    |
| DAS POTENCIALIDADES TERAPÊUTICAS À PENÚRIA DE ÓRGÃOS ..... | 71 |

### CAPÍTULO IV

#### DISPONIBILIDADE DA PESSOA NO PROCESSO DE DOAÇÃO:

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| APRECIAÇÃO CRÍTICA DAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....                            | 82 |
| 1. DOAÇÃO E COLHEITA <i>POST MORTEM</i> :                                  |    |
| A REFLEXÃO DOS PRINCÍPIOS NA EXPRESSÃO DE RESPEITO PELO CORPO VIVIDO ..... | 82 |
| 1.1. DO ACONTECIMENTO DE MORRER AO CONCEITO DE MORTE .....                 | 84 |
| 1.1.1. A EMERGÊNCIA DO CONCEITO DE MORTE CEREBRAL                          |    |
| E O SEU IMPACTO NO MUNDO DOS TRANSPLANTES .....                            | 87 |
| 1.1.2. A MORTE NEOCORTICAL COMO PROPOSTA DE UM                             |    |
| NOVO CONCEITO DE MORTE .....                                               | 95 |

|                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1.2. A PREDOMINÂNCIA DA AUTONOMIA E DA VONTADE PARA ALÉM DA MORTE HUMANA .....     | 100 |
| 1.2.1. O MODELO ÉTICO-JURÍDICO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....                    | 100 |
| 1.2.2. O MODELO ÉTICO-JURÍDICO DE CONSENTIMENTO PRESUMIDO .....                    | 105 |
| 1.3. A CONFIDENCIALIDADE COMO PROTECÇÃO DA IDENTIDADE E PRIVACIDADE DO DADOR ..... | 110 |
| 2. DADORES VIVOS: A INTEGRIDADE DO CORPO E A DOAÇÃO DAS SUAS PARTES .....          | 116 |
| 2.1. DA COLHEITA EM CADÁVERES À ADMISSIBILIDADE DA DOAÇÃO EM VIDA .....            | 116 |
| 2.2. O PARADIGMA DA RELAÇÃO FAMILIAR .....                                         | 120 |
| 2.3. ALARGAMENTO DA DOAÇÃO EM VIDA A VOLUNTÁRIOS .....                             | 126 |
| 3. COMERCIALIZAÇÃO E TRÁFICO DE ÓRGÃOS:                                            |     |
| EXPLORAÇÃO DA VULNERABILIDADE HUMANA .....                                         | 133 |
| 3.1. CORPOS RETALHADOS E VENDA DE RINS .....                                       | 133 |
| 3.2. REDES CRIMINOSAS E TRÁFICO ILEGAL DE ÓRGÃOS .....                             | 140 |
| <br><b>CAPÍTULO V</b>                                                              |     |
| NOVOS HORIZONTES DA TRANSPLANTAÇÃO: NA ESTEIRA DE SOLUÇÕES ALTERNATIVAS .....      | 147 |
| 1. XENOTRANSPLANTAÇÃO E FRONTEIRAS ENTRE ESPÉCIES .....                            | 148 |
| 2. ÓRGÃOS ARTIFICIAIS E MECANIZAÇÃO DO CORPO HUMANO .....                          | 158 |
| 3. MEDICINA REGENERATIVA E CÉLULAS TRONCULARES .....                               | 162 |
| <br>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                     | 175 |
| <br>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                               | 182 |
| 1. BIBLIOGRAFIA DE CARÁCTER FILOSÓFICO .....                                       | 183 |
| 2. BIBLIOGRAFIA DE CARÁCTER BIOMÉDICO .....                                        | 186 |

## **RESUMO**

A noção de “pessoa”, pensada a partir do legado antropológico e filosófico do ocidente, afirma-se como uma unidade corporal e espiritual que determina a sua singularidade no seio da comunidade. A “pessoa” assim perspectivada assume uma importância destacada na reflexão ética das aplicações científicas de artificialização da vida humana. Muito concretamente, a noção de “pessoa” deve contribuir para a fundamentação ética das terapêuticas de transplantação.

A transplantação representa um dos mais notáveis avanços da medicina do século XX e com um impacto incontornável na prestação de cuidados de saúde. Os transplantes são considerados o tratamento mais eficaz para patologias crónicas que afectam a funcionalidade de determinados órgãos vitais, restituindo ao doente uma melhoria na sua saúde e/ou qualidade de vida. O sucesso desta terapêutica é, no entanto, condicionado pela disponibilização de pessoas que queiram fazer dádiva de si, do seu próprio corpo, para o bem-estar de outrem. Deste modo, a doação, realizada após a morte da pessoa ou ainda em vida, enfrenta vários desafios técnicos, mas também, e principalmente, desafios éticos.

A nossa dissertação centra-se na reflexão ética da doação de órgãos e tecidos para transplante e no impacto que a dádiva de uma parte específica do corpo pode comportar na noção de “pessoa”. Deste modo, ao mesmo tempo em que se procura promover a doação de órgãos para aumentar o número de transplantes, também se vão delineando estratégias para salvaguardar a integridade corporal do dador e a eminente dignidade que o constitui como pessoa. As estratégias consistem fundamentalmente num diálogo entre o princípio de autonomia, que determina a singularidade da pessoa, e o princípio de solidariedade, que é desencadeado pela relação com o outro. Estes princípios éticos, articulados e uma vez cumpridos, são os alicerces da doação voluntária e altruísta, e impedem a instrumentalização e exploração da pessoa dadora.

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



## ABSTRACT

The western anthropological and philosophical notion of ‘person’ emerges as a corporal and spiritual entity, which determines his singularity at the level of community. From this perspective, the notion of ‘person’ holds an important place in ethical considerations concerning the scientific applications of artificial manipulation of human life. More precisely, the notion of ‘person’ must contribute towards the ethical basis of transplant therapeutics.

The transplantation of human organs and tissues is one of the most notable advances in twentieth century medicine, and, as such, has had an unquestionable impact on health care practice. Transplants are now seen as the best treatment for chronic diseases that impair the function of some vital organs, improving the patient health and/or quality of life. The success of organs transplantation depends entirely upon the altruism of people giving their bodies for the well-being of others. Organ donation, performed during life or after death, raises not only technical, but also mainly ethical challenges.

This work focuses on the ethical considerations associated with human organs and tissue donation for transplantation and on the impact that a donation of an organ has on the notion of ‘person’. At the same time that one recognizes the need to increase the number of organs for transplanting, there is also the need to preserve the donor’s corporal integrity and his eminent dignity. Strategies to preserve the donor’s corporal integrity and dignity must take into consideration the dialogue between the principle of autonomy, which is characterized by the singular entity, and the principle of solidarity, born out of one’s relationship with those around you. These ethical principles, once engaged and fulfilled, are the bases of a voluntary and altruistic donation, and prevent the donor from becoming a mere instrument and being exploited as such.

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

## A ABRIR

A noção de “pessoa”, na qual nos revemos actualmente, é o reflexo de uma trajectória realizada pela história da filosofia e do pensamento humano. Este conceito, fundamental para a bioética, enquanto “ética aplicada à vida” e, muito especificamente, enquanto “ética aplicada à vida humana”, deve ser compreendido como uma construção realizada ao longo dos vários cenários históricos exibidos no palco da cultura ocidental. Neste sentido, a “pessoa”, na sua perspectiva conceptual, é assumida como um “terreno movediço”, uma vez que não se reporta a ideias fixas e imutáveis. É antes maleável e dinâmica, evoluindo gradualmente pelo surgimento de novas realidades no tempo e na cultura em que a pessoa pensa e é pensada.

Na actualidade, a noção de “pessoa” é essencialmente confrontada com os novos alcances da biotecnologia e com os desafios proporcionados pela artificialização da vida humana. A biotecnologia procura hoje novas soluções para a saúde e para a doença, contribuindo para o bem-estar das populações e da humanidade. A biotecnologia foi-se transformando na promessa infinita da plenitude do homem sobre a realidade, a vida e a natureza. Parece, pois, que este século, definido por Dominique Lecourt como o “século biotecnológico”, no seu livro *Humano pós-humano*<sup>1</sup>, foi conquistando terreno e realizando, a pouco e pouco, aquilo que parecia uma fantasia ou mera ficção no *Admirável mundo novo* de Aldous Huxley.

O desenvolvimento acelerado da biotecnologia e a sua aplicação ao humano são factores determinantes para a elaboração de uma concepção renovada de “pessoa”. Cada vez mais, este conceito parece limitado para responder aos novos desafios

---

<sup>1</sup> Dominique Lecourt, *Humano pós-humano*, Edições 70, Lisboa, 2003, p. 25.

biotecnológicos que o humano vai enfrentando. De um modo mais concreto, a noção ancestral de “pessoa” parece não adequar-se ou adaptar-se a situações tão diversas como as novas tecnologias de reprodução humana, nomeadamente com a possibilidade de se gerar um embrião por meios artificiais e mantê-lo congelado até ao momento escolhido para implantação no útero da mulher. Ou, ainda, de manter criopreservados os embriões excluídos de um projecto parental que, na ausência de estatuto ontológico definido, são classificados como “excedentários”. A adequação da noção ancestral de “pessoa” é ainda questionada quando aplicada à fase final da vida humana, nomeadamente com o prolongamento da vida por meios artificiais de suporte vital ou, pelo contrário, com a antecipação da morte a pedido do doente ou da sua família. Estas situações contrariam os limites da vida humana tradicionalmente estabelecidos e alteram os conceitos de nascimento e morte da “pessoa”.

Hoje, o nascer e o morrer, que determinam o início e o fim da vida, transformaram-se em momentos condicionados pela técnica. Por esta razão, à medida que se foi assistindo à conquista dos poderes da técnica e à sua intervenção na vida humana, foi-se desenvolvendo, simultaneamente, uma reflexão ética centrada na legitimidade de aplicação das biotecnologias ao homem, nas fronteiras que separam o natural e o artificial, e nos limites dessa mesma aplicação.

É também na reflexão sobre a biotecnologia que se situa a questão específica da transplantação, a qual se justifica pela potencialidade desta terapêutica renovar e substituir partes específicas do corpo da pessoa que está doente.

A transplantação de órgãos, tecidos e células é entendida como um dos mais marcantes desenvolvimentos da medicina do século XX, desde que se afirmou como um terapêutica clínica nos anos 80. Hoje, os transplantes representam um tratamento eficaz

para muitas patologias que afectam os órgãos vitais, assumindo um enorme impacto na prestação de cuidados de saúde. A transplantação, entendida como uma “tecnologia de ponta”, salva milhares de vidas todos os anos, por todo o mundo.

No entanto, o aspecto que melhor evidencia a situação dos transplantes é a escassez de recursos que se verifica de um modo generalizado, não havendo órgãos suficientes para as necessidades existentes. O estado actual é caracterizado por uma penúria de órgãos e por listas de espera intermináveis, pelo que muitos doentes morrem enquanto aguardam por um transplante.

Deste modo, o grande desafio apontado para a transplantação é o de promover a doação de órgãos, de modo a aumentar o número de transplantes e, consequentemente, de vidas salvas. Como tal, a existência de órgãos depende da disponibilidade de pessoas que queiram fazer dádiva de si, de forma autónoma e solidária, podendo esta doação produzir efeito após a morte ou ainda em vida do dador. A colheita de órgãos representa uma incisão profunda no corpo dador, mas, simultaneamente, um fio de esperança na vida do receptor, um outro que nos interpela sempre na vulnerabilidade da sua doença.

A doação para efeitos de transplantação está intrinsecamente relacionada com a noção filosófica de “pessoa”. Em primeiro lugar porque a colheita de órgãos afecta a totalidade do corpo do dador mas, uma vez consentida e autorizada, não afecta a sua integridade. Em segundo lugar porque é a condição de ser relacional e de estar em relação com outrem que interpela a pessoa à doação voluntária e solidária de uma parte ou partes do seu próprio corpo.

É neste contexto que se torna fulcral reflectir sobre a “pessoa”, que enfrenta o desafio ético da doação de órgãos para transplantação. É indispensável estabelecer condições que salvaguardem a integridade do dador e a sua eminente dignidade,

entendida como um valor intrínseco da pessoa humana. Este percurso, que vai da reflexão teórica da noção de “pessoa” ao questionamento ético da doação de órgãos para transplante, deve ser mediado pela antropologia, a disciplina filosófica dedicada ao humano e à sua realidade existencial.

A reflexão ética dos transplantes é bastante abrangente, englobando problemas médicos relacionados com os doentes, nomeadamente no que se refere à selecção dos receptores e à alocação dos meios disponíveis de tratamento. Para além dos problemas que envolvem os receptores, a reflexão ética assume também uma dimensão social relacionada com a possibilidade de todos os cidadãos serem dadores de órgãos, em vida ou após a morte.

Como tal, a nossa dissertação é alicerçada sobre dois momentos fundamentais de reflexão que se relacionam entre si, a saber, a teorização da noção de “pessoa” e a consideração ética dos desafios para a pessoa, suscitados pela doação de órgãos, tecidos e células para transplante.

O Capítulo I será dedicado aos fundamentos filosóficos da noção de “pessoa”. Abordaremos as origens do conceito de “pessoa”, no que se refere à significação etimológica e às razões de ordem linguística que desencadearam a introdução do termo na reflexão filosófico-teológica a partir do século IV. Analisaremos também as várias teorias antropológicas que, desde a Antiguidade até aos nossos dias, contribuíram para estruturar a noção de “pessoa”, especialmente no que se refere à passagem de uma concepção substancial para uma concepção dinâmica. Por fim, consideraremos a “pessoa” na sua dimensão relacional – com Deus, com o mundo, com o outro semelhante e consigo própria – como uma das características determinante da sua realidade existencial.

No Capítulo II iremos reflectir sobre a pessoa na sua dimensão plural. Como tal, destacaremos a pessoa entendida como um ser singular, com uma autonomia própria que determina a sua identidade, e como um ser comunitário, que se integra, interage e vive numa comunidade de valores. Analisaremos ainda neste capítulo a pessoa perspectivada como uma unidade integral de corporeidade e espiritualidade.

O Capítulo III inaugurará o tema da transplantação. Aqui, será realizado um percurso pela história dos transplantes, evidenciando os momentos mais marcantes da passagem da fase experimental para a fase terapêutica. É também neste capítulo que descreveremos o estado actual dos transplantes, mencionando as potencialidades da terapêutica e alertando para a já referida penúria de órgãos.

O Capítulo IV, que se destacará como o mais fundamental da nossa dissertação, será dedicado à pessoa dadora e às implicações éticas decorrentes do processo de doação. Serão analisadas, em primeiro lugar, as questões associadas ao dador *post mortem*, a primeira opção sobre a qual recai a colheita de órgãos para transplante. As implicações éticas que iremos referir neste caso concreto são o conceito de morte cerebral, o novo critério médico que passa a ser considerado na determinação da morte humana, juntamente com o tradicional critério de morte por paragem cardio-respiratória; o modelo de expressão da vontade da pessoa em doar ou não os órgãos após a sua morte; a importância da confidencialidade como princípio determinante de respeito pela identidade do dador e da privacidade da pessoa que foi em vida. Em segundo lugar, serão analisadas as implicações éticas associadas à doação em vida, uma estratégia delineada com o objectivo de aumentar o número de órgãos para transplante. Também aqui, desenvolveremos questões éticas que assumem uma expressão muito específica quando relacionadas com a doação em vida. Entre elas, destacam-se a passagem da colheita de

órgãos em cadáveres para a admissibilidade de colher em vida; o paradigma da relação familiar como vínculo afectivo e eticamente aceitável para fundamentar a doação entre vivos; a abertura da doação em vida a todos os potenciais voluntários como plano de acção inovador para atenuar a penúria de órgãos. É ainda neste capítulo que reflectiremos sobre a comercialização e tráfico ilegal de órgãos como um dos extremos mais graves de instrumentação e exploração da pessoa humana e que está intimamente relacionado com a busca desenfreada de órgãos, transgredindo todos os limites éticos por que se regem as práticas de transplantação.

Por fim, no Capítulo V debruçar-nos-emos sobre as propostas alternativas em vias de desenvolvimento e investigação que, sem utilizarem órgãos de dadores humanos, procuram responder à escassez de órgãos para transplante. Serão temas deste capítulo a xenotransplantação, pela possibilidade de transplantar órgãos do animal para o homem; os órgãos artificiais, pela criação de dispositivos mecânicos cada vez mais eficazes que substituam o funcionamento dos órgãos humanos; a medicina regenerativa, pela potencialidade de num futuro se vir a utilizar células tronculares para criação de órgãos compatíveis com doentes que necessitam de um transplante. Ao longo deste último e conclusivo capítulo iremos relacionar as aplicações destas soluções alternativas com o impacto que podem ter na noção de “pessoa”.

## CAPÍTULO I

# Noção Fundamental de “Pessoa”: revisitação do conceito filosófico

### 1. A RAIZ DO CONCEITO DE “PESSOA” E A SUA COMPLEXIDADE DE SIGNIFICAÇÕES

“Quem sou eu?” e “qual o sentido da minha existência?” são questões que a pessoa foi colocando a si mesma desde os tempos mais remotos e para as quais foi tecendo concepções e formulando teorias mais ou menos elaboradas. Estas questões estão implicadas na teia complexa da realidade humana e muitas das suas manifestações remetem precisamente para a necessidade que a pessoa tem em compreender a natureza do seu existir e o sentido da sua própria vida.

A afirmação do “eu” revela o reconhecimento de uma realidade implícita em cada um, uma realidade íntima e pessoal que caracteriza o ser humano. O “eu”, como afirmação do que é pessoal, é o vector fundamental para a minha personalidade, única e irrepetível. É esta especificidade que existe em cada ser humano que desencadeia uma



preocupação sobre o sentido da vida, e que consiste numa perspectiva espontânea e imediata, anterior à reflexão filosófica. Trata-se de uma preocupação pré-filosófica e é intrínseca a cada um de nós, numa interpretação singular e individual da experiência vivida. Tal preocupação – pré-filosófica – é entendida como uma perspectiva natural pelo modo como a pessoa “exprime o que viveu. Fala por experiência pessoal; procura um sentido para o que lhe aconteceu e experimentou”<sup>2</sup>. Esta determinação sobre a existência humana surge naturalmente como uma necessidade elementar da pessoa, não só de se compreender a si mesma, como também de criar alternativas que permitam concretizar o seu projecto de vida num tempo e espaço determinados.

De acordo com Bernard Groethuysen, “a reflexão sobre si pode, todavia, significar duas coisas, conforme o homem se atenha ao que lhe aconteceu na vida e queira representar-se a si próprio, ou a vida e ele mesmo se tornem para si um problema de conhecimento, ou seja, conforme ele encare a questão sob o ângulo da vida ou do conhecimento”<sup>3</sup>. A segunda perspectiva à qual se refere o autor consiste numa reflexão teórica, fundamentada na filosofia, e procura especificamente definir a essência da pessoa. Esta perspectiva não se prende com a experiência particular da vida de cada pessoa, mas com o conhecimento sobre a própria vida, encontrando na filosofia os fundamentos para uma reflexão elaborada sobre o homem e aquilo que é especificamente humano.

Assim, a reflexão filosófica exige uma precisão da linguagem e dos conceitos utilizados, de modo a clarificar o pensamento sobre o humano e sobre a realidade existencial que o rodeia. Neste sentido, importa primeiramente fazer a distinção conceptual entre o que se entende por “ser humano” e “pessoa”. Se, na prática, ambos os

---

<sup>2</sup> Bernard Groethuysen, *Antropologia filosófica*, Editorial Presença, Lisboa, 1988, p. 9.

<sup>3</sup> *Ibid.*

conceitos se referem ao mesmo sujeito, o sujeito humano, na teoria podem distinguir-se. De acordo com Lucien Sève, “o ser humano é humano porque tem como ponto de partida a humanidade como espécie biológica. A pessoa é humana num sentido completamente diferente: pelo facto de tomar a humanidade como ideal regulador. No ser humano, a humanidade está presente a título de facto. Na pessoa, ela está representada como um valor. É esta representação que constitui a consciência moral”<sup>4</sup>. A noção de “ser humano” contempla uma perspectiva biológica e está associada ao ser natural, ao indivíduo que pertence a uma determinada espécie. Ao contrário, a noção de “pessoa” assume uma dimensão mais complexa no seio do pensamento filosófico, procurando desvendar o sentido da sua individualidade no seio da humanidade, na qual a espiritualidade se revela como uma categoria determinante para este percurso.

Deste modo, a noção de “pessoa” destaca-se na actualidade do pensamento filosófico e a sua teorização tornou-se fulcral, alargando-se o seu debate para além da reflexão puramente filosófica. O debate que se vai gerando em torno do conceito de “pessoa” tornou-se absolutamente necessário noutras áreas do saber, em especial naquelas que intervêm directamente no desenvolvimento natural da vida humana. É precisamente neste ponto que se dá o cruzamento da filosofia e das ciências biológicas, que colocam gradualmente novos desafios sobre a vida humana e a sua possível artificialização. Deste cruzamento emerge a reflexão ética aplicada à vida enquanto reguladora dos alcances e limites da aplicação das ciências biológicas à vida humana. Como tal, para um melhor discernimento sobre os limites do Poder e do Dever sobre a vida humana, há que ir à raiz da noção de “pessoa”, naquilo que há de determinante para a sua caracterização e sobre o valor que ela representa.

---

<sup>4</sup> Lucien Sève, *Para uma crítica da razão bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 1997, p. 21.

A noção de “pessoa” encontra a sua raiz etimológica no latim *persona* que, por sua vez, traduz o termo grego *prósopon*. Este último refere-se à voz sublime que ressoava das máscaras que cobriam o rosto dos actores nas tragédias e comédias da Antiga Grécia, encarnando assim a personagem que procuravam representar. A máscara evoca a ideia de ocultação e encobrimento da face, apontando ainda para a representação de outra personalidade, um outro mais digno. O actor acolhe uma nova identidade, incorporando a personagem de que se reveste e, simultaneamente, oculta a sua própria identidade, despersonalizando-se de si próprio<sup>5</sup>.

Por seu turno, a reflexão conceptual de “pessoa” na história do pensamento remonta aos primeiros séculos do Cristianismo. Conforme afirma Vasco Pinto de Magalhães, “foi a reflexão teológica dos cristãos dos quatro primeiros séculos sobre a unidade de Cristo na dupla natureza e a afirmação da unidade na trindade de Deus que levaram a filosofia a elaborar uma doutrina do ser pessoa”<sup>6</sup>. Por outras palavras, a determinação progressiva do conceito de “pessoa” relaciona-se com a necessidade de compreender a essência divina interpretada a partir do texto bíblico pela figura de Deus, Pai Criador, e de Jesus Cristo, filho de Deus. Por um lado, Deus é entendido como sendo uno e trino, ou seja, possui uma natureza ou substância e três *hipóstases* ou pessoas. Por outro lado, a definição de Jesus Cristo evoca uma só Pessoa, com uma dupla natureza – a divina e humana – verdadeiro Deus e verdadeiro Homem.

As afirmações em torno da unicidade da trindade de Deus e da unicidade da dupla natureza de Cristo consistem num dos principais fundamentos da fé cristã que imperam até aos dias de hoje. Contudo, durante os séculos IV e V, estas afirmações foram

---

<sup>5</sup> Cf. Joaquim de Sousa Teixeira, “Pessoa”, in *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Vol. 4, Verbo, Lisboa, 1992, p. 97.

<sup>6</sup> Vasco Pinto de Magalhães, “A pessoa humana”, in Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), *Bioética*, Verbo, Lisboa, 1996, p. 59.

geradoras de controvérsias ideológicas que tinham na sua origem o problema linguístico. A exigência de uma linguagem rigorosa que descrevesse e explicasse a trindade de Deus e a dupla natureza de Cristo tornou-se fundamental, como veremos, para a compreensão do conceito de “pessoa”.

De um modo geral, o termo grego *hipóstase* surge nos textos antigos como “fundamento” ou “base” e, algumas vezes, aparece traduzido por “subsistência”. Contudo, na literatura cristã dos primeiros séculos, *hipóstase* é aplicado a algo “objectivo”, àquilo que é “consistente”. Quando se refere especificamente à essência divina, o mesmo termo designa a “essência” ou “substância”, assumindo o mesmo significado de *ousia*; em contrapartida, quando se refere às pessoas divinas, designa a dimensão existencial, a substância individualizada, por si subsistente, distinguindo-se então de *ousia*. Neste contexto, não era possível a identificação entre os termos *hipóstase* e *ousia* uma vez que a individuação significava uma categoria inexistente na filosofia grega. Tal como afirma Noronha Galvão, “é na definição (pelo concílio de Calcedónia, em 451) do mistério de Jesus Cristo – uma só pessoa, mas simultaneamente Deus e homem – que os orientais gregos precisarão o conceito que surge da confluência dos termos *prósopon* e *hipóstasis*, juntando o que a primeira tem de existencial (como personagem definida por um papel que se desempenha) ao que a segunda tem de ontológico (como realidade concreta)”<sup>7</sup>.

Deste modo, vai-se estabelecendo uma distinção entre os termos *hipóstase* e *ousia* e, progressivamente, uma identificação e aproximação dos termos *hipóstase* e *prósopon*. Assim, *ousia* passa a designar a natureza ou essência, refere-se àquilo que há de comum entre os vários indivíduos de uma determinada espécie; *hipóstase*, por seu turno, significa

---

<sup>7</sup> H. Noronha Galvão, “Origem teológica do conceito de pessoa. Algumas notas”, *Communio. Revista Internacional Católica*, XIX (2002/3), p. 206.

precisamente a individualização da *ousia*. No século IV, Deus é compreendido como sendo três pessoas ou *hipóstases* e uma só *ousia* ou natureza<sup>8</sup>.

As reflexões cristológicas vêm assinalar com mais exactidão as diferenças entre *hipóstase* e *ousia*. Na expressão de Joaquim de Sousa Teixeira, “a hipóstase pessoal não se diferencia somente da natureza específica – entendida como a essência universal de uma espécie –, mas difere igualmente da *natureza completa*. Cristo é completamente homem e Deus, mas é uma só Pessoa divina: uma natureza concreta e completa pode, portanto, subsistir numa hipóstase diversa”<sup>9</sup>.

A noção de “pessoa” encontra as suas raízes mais remotas na necessidade dos antigos pensadores cristãos compreenderem o sujeito divino, o centro de toda a teologia cristã. Esta noção desenvolve-se, pois, no contexto de uma Ontologia geral, procurando traduzir as categorias ontológicas do pensamento grego para a linguagem greco-romana da revelação cristã. Só posteriormente o termo se irá aplicar à realidade humana, alcançando um lugar de destaque no seio da antropologia filosófica. É neste sentido que o contributo desta disciplina da filosofia, dedicada à diferença específica e essencial do humano, se transforma num contributo indispensável para a compreensão de “pessoa”.

## 2. DA CONCEPÇÃO SUBSTANCIAL À CONCEPÇÃO DINÂMICA DE “PESSOA”

O questionamento do homem sobre o fundamento da sua existência conduziu-o a uma reflexão elaborada, diga-se filosófica, e a um conjunto de visões e concepções sobre

---

<sup>8</sup> Cf. Joaquim de Sousa Teixeira, “Pessoa”, p. 99.

<sup>9</sup> *Ibid.*

a sua própria realidade que contribuíssem para a compreensão da sua essência. Esta multiplicidade de significações foi ganhando expressão ao longo da história do pensamento antropológico, contribuindo para a determinação da concepção de “pessoa”. A antropologia filosófica, entendida como “a reflexão sobre si, o ensaio sempre renovado que o homem faz para chegar a compreender-se”<sup>10</sup>, dispõe de marcos históricos significativos que contribuem para a compreensão da realidade e da noção actuais de “pessoa”. No presente contexto, importa destacar algumas das etapas mais significativas deste percurso histórico, fazendo referência às teorias filosóficas dedicadas ao humano e que possam contribuir para a estruturação da concepção de “pessoa”.

Na Antiguidade Clássica, a reflexão filosófica sobre o humano assenta na relação deste com a natureza, ou seja, com a *physis*. De um modo generalizado, a grande preocupação da filosofia antiga consiste na compreensão do “cosmo” e das leis naturais por que se regem as coisas. O homem é perspectivado como um ser natural, pertencente à natureza orgânica e regido pelas leis universais do “cosmo”. Conforme refere Emerich Coreth, “estabelecia-se uma escala ordenada dos seres, desde os seres inanimados, passando pelas mais variadas formas de vida, até chegar aos modos de ser e agir do espírito. Dentro desta ordem universal, o homem é o fulcro. Ele é o centro que unifica, é um «microcosmos», para empregar a expressão conhecida na história desde o século V a.C. (Demócrito). Isto porque no homem convergem todos os graus do ser e da vida, formando uma unidade superior a qual o universo é o reflexo. A realidade do homem é uma parte da Natureza”<sup>11</sup>. A filosofia grega antiga é orientada essencialmente para o geral e para o universal, e é neste domínio que o humano, enquanto ser concreto e

---

<sup>10</sup> Bernard Groethuysen, *Op. cit.*, p. 9.

<sup>11</sup> Emerich Coreth, *O que é o homem? Elementos para uma antropologia filosófica*, Verbo, Lisboa, 1988, p. 26.

particular, se compreende. Nesta ordem hierarquizada dos seres existentes no “cosmo”, o humano ocupa uma posição superior, por poder contemplar o mundo. Ele orienta a sua acção de um modo consciente e voluntário, ainda que essa mesma acção esteja em conformidade com as próprias leis da natureza<sup>12</sup>.

É sobretudo Platão e Aristóteles que inauguram o período antropológico da filosofia. Os seus escritos filosóficos evocam os conceitos de “homem” e de “ser humano”, sem se referirem concretamente a “pessoa”. Todavia, o pensamento de Platão e Aristóteles será assimilado pela noção de “pessoa” que se irá desenvolver nos séculos IV e V d.C.

A perspectiva de Platão (c.428-c.347 a.C.) sobre o humano integra-se na sua metafísica, sustentada pela distinção entre o mundo inteligível e o mundo das aparências. O humano é perspectivado como um composto de corpo e alma. No entanto, trata-se de um composto transitório, uma vez que o corpo vive durante um tempo limitado e que termina com a morte; a alma, imortal por essência, persiste para além da existência humana. De acordo com a filosofia platónica, a alma pertence ao mundo imutável das ideias, o que lhe confere um estatuto ontológico-metafísico e o fundamento da sua imoralidade, e o corpo pertence ao mundo mutável das aparências, o que lhe confere uma duração determinada e transitória.

A ideia de um homem composto instaura “um dualismo entre o espírito e a matéria, entre a alma espiritual e o corpo material, o qual é apresentado como cárcere e algemas da alma. À alma compete libertar-se dos laços e armadilhas que a ligam ao corpo material para poder deste modo retornar à sua existência específica, que é

---

<sup>12</sup> Cf. M. Patrão Neves, “Repensar o homem”, *Brotéria*, Vol. 142, 5/6 (1996), p. 604.

puramente espiritual”<sup>13</sup>. A alma é a dimensão mais importante que compõe o homem, determinando a essência deste. A alma é o motor do corpo, a alma conduz o corpo, é o que o move. A alma, sendo imortal, procura a perfeição e, por isso, encarna e habita na existência humana para se aperfeiçoar. O corpo é apenas um invólucro que marca a imperfeição da alma. Quando a alma atinge a perfeição, ascende ao mundo das ideias.

O dualismo antropológico de Platão, caracterizado pela cisão entre corpo e alma, é criticado pelas filosofias ulteriores que procuram determinar a unidade do ser humano. Aristóteles (382-322 a.C.), discípulo de Platão, converte-se num dos seus grandes críticos. O estagirita tenta superar o dualismo platónico, procurando estabelecer as relações que unificam o corpo e a alma do homem.

A doutrina aristotélica do homem assenta fundamentalmente na ideia de substância composta: o homem é composto por corpo e alma. À semelhança de Platão, Aristóteles distingue corpo e alma, atribuindo uma maior relevância a esta última. Todavia, a grande especificidade da teoria aristotélica assenta no facto de corpo e alma não serem duas substâncias distintas. Corpo e alma são inseparáveis entre si, são elementos constitutivos de uma única substância, uma substância composta.

Esta unidade fundamenta-se na teoria hilemórfica de Aristóteles, em que a alma é entendida como a forma (*morphe*) e o corpo como matéria (*hyle*). A alma é a forma ou atributo essencial que anima o ser vivo; o corpo é a matéria ou possuidor de vários atributos que recebe a determinação pela alma<sup>14</sup>. Importa reforçar que o corpo, definido como matéria, é por si só uma substância incompleta, tal como a alma, pensada como forma. Assim sendo, representam duas dimensões inseparáveis entre si. Contudo, tal como afirma David Ross, “a palavra «inseparável» necessita aqui de uma cuidadosa

---

<sup>13</sup> Emerich Coreth, *Op. cit.*, p. 28.

<sup>14</sup> Cf. *Ibid.*, pp. 28-29.



análise. A matéria, que está agora ligada a uma alma para formar o ser vivo, existia antes do começo da união e existirá para além do momento da sua cessação. É apenas da forma, e não desta forma, que a matéria é inseparável”<sup>15</sup>. É neste sentido que a unidade entre corpo e alma, forma e matéria, determina a natureza humana como uma substância composta.

A união substancial de corpo e alma protagonizado por Aristóteles atenua o dualismo instaurado por Platão. Esta perspectiva unitária de homem é determinante para a reflexão antropológica que se desenvolve durante a Idade Média, registando uma marca profunda na compreensão do conceito de “pessoa” e, fundamentalmente, de “pessoa” entendida como substância.

É sobretudo com o cristianismo que a noção de “pessoa” se irá estruturar, nomeadamente com a afirmação da criação do homem à imagem e semelhança do seu Criador. O homem é imperfeito na sua finitude, mas distingue-se dos demais seres pela dimensão espiritual que o interpela a participar na obra de Deus, numa busca constante do aperfeiçoamento de si.

A primeira definição de “pessoa” surge com Boécio (c.480-524) como *rationalis naturae individua substantia* (substância individual de natureza racional)<sup>16</sup>. A definição acentua, por um lado, a singularidade do ser pessoa, na afirmação da sua individualidade e, por outro, a sua especificidade, na afirmação da sua racionalidade. Esta perspectiva reforça a noção substancialista de “pessoa”, uma orientação conceptual que vinha já de Platão e Aristóteles e que atravessa toda a Idade Média.

Na filosofia patrística, a noção de “pessoa” é entendida na sua substancialidade,

---

<sup>15</sup> David Ross, *Aristóteles*, Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1987, p. 140.

<sup>16</sup> Cf. Carlos Díaz, “Pessoa”, in Adela Cortina (dir.), *10 palavras chave em ética*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 1997, p. 282.

ou seja, as dimensões corpo e alma são indispensavelmente constitutivas e inseparáveis, contribuindo assim para uma perspectiva unitária da pessoa humana. Neste contexto, Agostinho de Hipona (354-430) acolhe as influências do cristianismo, que entende a “pessoa” como um ser uno, e do platonismo, defensor de um dualismo metafísico. O filósofo articula estas influências, considerando que a alma, sendo imortal, é superior ao corpo que, por sua vez, é perecível na sua temporalidade. A alma representa a interioridade individual e espiritual, permitindo uma relação privilegiada com o transcendente.

Agostinho entende que a imortalidade da alma está associada à verdade divina; o corpo, por sua vez, finito e perecível, não pode aceder à divindade. A alma assume então uma função reguladora, governando o corpo e mediando a realidade corpórea da pessoa com a verdade de Deus<sup>17</sup>. Por outras palavras, existe uma hierarquia definida no composto da pessoa humana, enquanto corpo e alma, destacando a segunda como mediadora entre a materialidade e a divindade.

Na antropologia agostiniana, a alma é ainda considerada como uma substância racional, concebida para reger um corpo. A racionalidade da alma é fundamental na medida em que está associada à faculdade suprema do livre arbítrio, ao exercício da vontade e da liberdade que se realiza no amor.

Tomás de Aquino (1225-1274) é um pensador de relevo no domínio da reflexão filosófica sobre o homem, articulando as influências da filosofia de Aristóteles e da tradição cristã. O filósofo parte da perspectiva aristotélica, que procurara superar o dualismo biológico e antropológico instaurado por Platão, e considera que “pessoa” é então entendida um composto de corpo e alma, igualmente estruturantes da realidade

---

<sup>17</sup> Sobre a relação entre o corpo e a alma, veja-se Étienne Gilson, *Introduction à l'étude de Saint Augustin*, J. Vrin, Paris, 1987, pp. 219-225.

humana. A novidade protagonizada por Tomás de Aquino, em relação a Agostinho de Hipona, consiste na ideia de que a alma e o corpo são imperfeições incompletas. Como tal, é na união e indissociabilidade com o corpo que a alma se realiza. A noção de “pessoa” caracteriza-se pela sua unidade concreta e integral.

Segundo Emerich Coreth, “a alma e o corpo não são duas substâncias separadas, mas sim dois princípios internos constitutivos que, unidos substancialmente (*unio substantialis*), formam a substância total do único e mesmo homem completo”<sup>18</sup>. A alma é o princípio, o acto primeiro que faz com que o corpo seja tal como é. Por sua vez, o corpo, enquanto matéria, é bom e absolutamente necessário na justa medida em que é criada por Deus. É a matéria que permite a individuação do sujeito e através da qual a alma pode atingir a sua perfeição<sup>19</sup>.

A teorização sobre a noção de “pessoa” no pensamento cristão, desde a patrística até à escolástica, é reconhecida por uma tendência em ligar intimamente o corpo e a alma, tornando-os uma substância una e indissociável. O grande contributo protagonizado pelo cristianismo é, sem dúvida, a ideia de unidade substancial. Tal perspectiva permite pensar a “pessoa” na sua dimensão espiritual e imortal representada pela alma e, simultaneamente, na sua realidade física e concreta protagonizada pelo corpo. Este contributo do cristianismo é fundamental para o enriquecimento da noção de “pessoa”, uma vez que o horizonte da espiritualidade é desconhecido na Antiguidade Grega e, como tal, não é teorizado. A ideia de espiritualidade surge com o pensamento cristão, na afirmação do homem como criatura de Deus, e que percorre um caminho singular e uma relação pessoal com o seu Criador, fundamento último para a existência

---

<sup>18</sup> Emerich Coreth, *Op. cit.*, p. 34.

<sup>19</sup> Cf. Étienne Gilson, *Le thomisme. Introduction à la philosophie de Saint Thomas d’Aquin*, J. Vrin, Paris, 1987, pp. 243-254.

da pessoa humana.

Ao longo de toda a filosofia cristã, a ideia de substancialidade que determina a noção de “pessoa” evoca uma unidade individual e concreta e a sua relação com o sujeito divino. Esta tendência assume contornos diferentes no Renascimento, que dá uma atenção especial àquilo que é humano e à humanidade. O espírito da renascença acentua a consciência da humanidade do homem e, principalmente, a consciência das suas limitações, enquanto ser finito, e das suas imperfeições, enquanto ser humano. Nas palavras de M. Patrão Neves, “com Petrarca e depois também com Nicolau de Cusa, mas sobretudo com Erasmo de Roterdão o homem aceita-se cada vez mais tal como é, aprende a viver com as suas imperfeições e dentro dos seus limites, não numa atitude de resignação fatalista face a uma realidade inalterável, mas antes na justa consciência das suas reais capacidades”<sup>20</sup>.

A principal tese que caracteriza o legado renascentista é a concepção de homem lançado numa relação imediata consigo próprio. Deste modo, a orientação filosófica que impera nesta época supera a ideia de natureza que definia o “humano” da Antiguidade e a ideia de Deus que definia a “pessoa” do cristianismo. A consciência da humanidade do homem protagonizada pelos pensadores do Renascimento influencia a reflexão filosófica posterior, oferecendo as bases necessárias para o desenvolvimento de uma filosofia da consciência.

Neste contexto, o maior contributo da Modernidade para a noção substancialista de “pessoa” é o de René Descartes (1596-1650) com a verdade irreduzível da substância pensante. A perspectiva cartesiana sobre o sujeito humano não obedece a um esquema previamente estabelecido para a definição de homem nem para a compreensão da

---

<sup>20</sup> M. Patrão Neves, “A pessoa e o seu universo”, *Revista Portuguesa de Filosofia*, 52 (1996), p. 610.

natureza humana. A preocupação central de Descartes relaciona-se com as condições estabelecidas para o verdadeiro conhecimento.

A reflexão cartesiana sobre o humano resulta da aplicação da dúvida metódica e hiperbólica que questiona todas as coisas. Neste contexto, a enunciação do *cogito, ergo sum* surge como a primeira certeza na ordem dos factos que resiste à dúvida metódica<sup>21</sup>. O humano é então compreendido como *res cogitans* (substância pensante), como consciência, evidência de si. O sujeito humano é “sujeito de conhecimento”, na descoberta da sua subjectividade e da realidade que o rodeia.

No entanto, o filósofo instaura um dualismo metafísico aquando da recuperação da existência da realidade material, na sua evidência racional. A realidade material é composta por atributos diferentes do pensamento, pelo que não pertence à *res cogitans*, mas antes à *res extensa*. Este dualismo metafísico da substância pensante e a substância extensa abrange o humano, através de um isolamento do corpo em relação à alma. A alma é a substância pensante, una e indivisível; o corpo é a substância extensa, divisível e perecível. Mas, é enquanto substância pensante que o homem compreende a sua essência. Nas *Meditações sobre a filosofia primeira*, Descartes estabelece a real distinção entre corpo e matéria. Nesta obra, o filósofo afirma que “sou uma coisa pensante, concludo rectamente que a minha essência consiste só em ser uma coisa pensante. E embora eu talvez (ou melhor, com certeza, como direi na sequência), possua um corpo que está ligado a mim muito estreitamente, tenho, por um lado, uma ideia clara e distinta de mim próprio, enquanto sou apenas uma coisa pensante, não extensa, e, por outro lado, uma ideia distinta do corpo enquanto ele é apenas uma coisa extensa, não pensante. Pelo que é

---

<sup>21</sup> A proposição “penso, logo existo” surge primeiramente no *Discurso do método*, de 1637, e depois na obra *Meditações sobre a filosofia primeira*, que aparece em 1641, mas na qual o filósofo trabalha desde 1928.

certo que sou realmente distinto do meu corpo e que posso existir sem ele”<sup>22</sup>.

O inabalável dualismo que determina a visão cartesiana sobre o homem assenta na afirmação de que este é composto por duas substâncias distintas – corpo e alma –, em si completas e que subsistem separadamente uma da outra. A natureza do corpo é física e a natureza da alma é vontade e entendimento, e a união destas duas substâncias só pode ser dinâmica, accidental e temporal. A origem distinta destas duas substâncias leva a crer que possam coexistir independentemente. A perspectiva cartesiana sobre o homem consiste “em uma *metafísica* do espírito e uma *física* do corpo: a ideia adequada, isto é, clara e distinta das duas substâncias, mostra-se como «naturezas completas» que podem subsistir uma sem a outra”<sup>23</sup>.

Todavia, o filósofo procura superar a visão bi-substancialista de homem, dando lugar a uma visão unitária de homem, entendido como um “todo”, um “composto”. Como tal, ele considera que corpo e alma se pensam separadamente, mas se sentem como um só. Na base desta afirmação está o argumento da glândula pineal (epífise) que estabelece a união entre substância pensante e substância corporal, e é entendida como uma terceira substância e ponto de contacto entre as anteriores<sup>24</sup>. Todavia, este argumento é insuficiente para superar o dualismo antropológico, de modo que a ideia de unidade do homem fracassa, assim como a ideia de natureza humana. Tal acontece porque Descartes não segue o modelo tradicional de pensar a unidade do homem através da forma, e também não o faz através da matéria. A substância pensante é, como se disse, entendimento e vontade, e não forma. O dualismo antropológico cartesiano funda-se no

---

<sup>22</sup> René Descartes, *Meditações sobre a filosofia primeira*, Livraria Almedina, Coimbra, 1976, p. 207.

<sup>23</sup> Henrique C. de Lima Vaz *Antropologia filosófica*, I, Edições Loyola, São Paulo, 2001, p. 83.

<sup>24</sup> Cf. M. Patrão Neves, “O «homem verdadeiro», segundo Descartes”, in Maria José Cantista e José Francisco Meirinhos (coord.), *Descartes, reflexão sobre a modernidade. Actas do Colóquio Internacional (Porto, 18-20 de Novembro, 1996)*, Edição da Fundação Eng. António de Almeida, Porto, 1998, pp. 355-356.

dualismo metafísico.

Ao longo da Modernidade, a reflexão em torno da unidade de corpo e alma é contemplada na tentativa de superar a teoria bi-substancialista de homem instaurada por Descartes. Neste contexto, a filosofia de Gottfried Leibniz (1646-1716) representa um contributo determinante para a tentativa de estreitamento das relações entre corpo e alma, e que se integram na sua teoria metafísica da “harmonia pré-estabelecida”.

A teoria da “harmonia pré-estabelecida” surge pela necessidade de compreender a comunicação que existe entre as substâncias simples que, na filosofia leibniziana, se designam por “mónadas”<sup>25</sup>. A mónada é um princípio activo, “uma substância simples, logo, sem partes, sem extensão nem figura. São as mónadas, para Leibniz, os verdadeiros átomos da natureza”<sup>26</sup>. As mónadas possuem percepção, são individuais e todas distintas entre si. Deus é compreendido como a mónada suprema, mónada das mónadas. É Deus, enquanto responsável pela “harmonia pré-estabelecida”, que intervém na comunicação de todas as outras mónadas, se bem que apenas no momento da criação. Deus é a origem de toda a contingência, permitindo que cada criatura, de acordo com o seu livre arbítrio, se encontre em harmonia com as outras.

A relação entre alma e corpo em Leibniz é integrada na teoria das mónadas. A alma é uma mónada superior, espiritual e activa porque possui percepções distintas. O corpo é composto por mónadas inferiores, passivas porque possuem percepções confusas. Entre a alma e o corpo não há uma interacção no que se refere à relação física entre os corpos. As mudanças nas mónadas inferiores que compõem o corpo acontecem de acordo com as mudanças da mónada da alma, de uma forma dinâmica, harmoniosamente

---

<sup>25</sup> A teoria das mónadas é conhecida desde o Renascimento, mas é Leibniz que, ao recuperar o conceito da filosofia de Giordano Bruno, lhe dará uma orientação completamente nova no contexto da sua metafísica.

<sup>26</sup> Carlos Pitta, “Mónada”, in *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Vol. 3, Verbo, Lisboa, 1999, p. 935.

estabelecida por Deus no momento da criação.

O contributo de Leibniz para a reflexão sobre a noção de “pessoa” torna-se pertinente na medida em que supera a necessidade de justificar a unidade do humano e de compreendê-lo como uma substância una e composta. O filósofo centra-se sobretudo no dinamismo que se estabelece nas relações entre corpo e alma, uma ideia que terá uma projecção na noção contemporânea de “pessoa”, encarada como um processo e uma realidade dinâmica. O pensamento metafísico de Leibniz marca definitivamente a passagem de uma concepção substancial para uma concepção dinâmica de “pessoa”.

A perspectiva de “dessubstancialização” da noção de “pessoa” desenvolvida por Leibniz é enriquecida pelo pensamento de Immanuel Kant (1724-1804). O filósofo alemão operou uma “revolução copernicana” no palco da filosofia, tal como Copérnico revolucionou os conhecimentos sobre o sistema solar que eram conhecidos na sua época. A “revolução copernicana” de Kant consiste em retirar do centro da filosofia o mundo empírico e substituir pelo homem, o eu. O contributo de Kant para a compreensão da noção de “pessoa” é introduzido no âmbito da sua gnoseologia e desenvolvido no âmbito da sua reflexão ética.

Segundo Kant, a proposição cartesiana “penso, logo existo” é uma proposição empírica que afirma o sujeito do ponto de vista psicológico, reduzindo-o a um objecto, a uma coisa. Pelo contrário, em Kant o fundamental consiste em compreender a realidade do “eu”, enquanto “eu transcendental” (unidade transcendental da apercepção) em oposição ao eu empírico (que é interpretado transcendentemente). Deste modo, o “eu” não é uma substância ou essência, ou outra coisa possível de se objectivar, é antes uma função que se identifica com a pura forma da consciência.

A afirmação do “eu transcendental” presente na *Crítica da razão pura* (1781)



dará lugar ao “eu moral”, desenvolvido na obra *Fundamentação da metafísica dos costumes* (1785) e posteriormente na *Crítica da razão prática* (1788). Nestas duas obras, o “eu moral” cumpre-se no campo prático da moral e afirma-se como um “fim em si mesmo” e não um meio para atingir outros fins. Conforme refere o filósofo na *Fundamentação da metafísica dos costumes*, “o homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, *existe* como fim em si mesmo, *não só como meio* para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas acções, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado *simultaneamente como fim*”<sup>27</sup>. A afirmação do “eu” como um “fim em si mesmo” é também afirmação da sua dignidade, como um valor intrínseco supremo e inegociável.

Kant acrescenta ainda que tudo aquilo que tem um preço pode ser substituído por algo equivalente. Ao contrário, o “eu” não tem preço, não é negociável nem quantificável; é antes um valor, um valor moral e nisso reside a sua dignidade. Como tal, não pode ser encarado como um meio, pois este representa a manipulação de alguma coisa sobre a qual se tem algum poder. A “pessoa” é, pois, um fim em si, digna de estima e respeito.

A ideia de “dessubstancialização” manter-se-á depois de Kant, determinando a orientação filosófica da teorização de “pessoa” da Contemporaneidade, a qual é profundamente enriquecida com o contributo do filósofo alemão Max Scheler (1874-1928).

A noção scheleriana de “pessoa” inicia-se na obra *O formalismo na ética e a ética material dos valores* (1913-1916), na qual o filósofo acolhe de Kant a ideia de que

---

<sup>27</sup> Immanuel Kant, *Fundamentação da metafísica dos costumes*, Edições 70, Lisboa, 1988, p. 68.

“pessoa” não é uma substância nem um objecto. Porém, contrariamente a Kant, para Scheler “pessoa” não é um “eu” ou pura forma da consciência, mas antes uma unidade concreta e essencial de actos.

É na sua última obra, intitulada *O posto do homem no cosmos* (1928), que o filósofo exprime o gosto pela reflexão sobre o humano<sup>28</sup>. A teoria de Scheler assenta em dois pontos fundamentais: o primeiro consiste em compreender a diferença qualitativa que existe entre o ser humano e os restantes seres do mundo orgânico; o segundo consiste em compreender o lugar do homem no mundo.

Como tal, o filósofo começa por caracterizar a estrutura do mundo bio-psíquico para depois determinar a estrutura essencial que caracteriza o humano e o distingue dos outros animais. Neste contexto, Scheler considera que existe entre o ser humano e os animais uma diferença de grau, resultado de um aperfeiçoamento do sistema nervoso. Trata-se de uma diferença de natureza quantitativa e, por essa razão, não responde à questão “o que é o homem?”. É, todavia, importante compreender esta diferença de grau na medida em que vem reforçar a unidade psico-física do humano.

Segundo Scheler, para além da diferença quantitativa, existe uma diferença qualitativa, a qual atribuiu uma especificidade ao homem. Tal diferença é o *espírito*, entendido como essência da “pessoa”. É o espírito que permite compreender a “pessoa” como centro de actos intencionais, “actualidade pura”. O espírito “é o único ser *incapaz de ser objecto*, é *actualidade pura*; o seu ser esgota-se na livre realização dos seus actos. O centro do espírito, a pessoa, não é nem ser substancial nem ser objectivo, sendo somente um *encadeamento e ordem de actos*, determinado essencialmente, e que se

---

<sup>28</sup> Esta obra marca o início da Antropologia Filosófica, entendida como uma disciplina estruturada e sistemática.

*realiza continuamente a si mesmo em si mesmo*”<sup>29</sup>.

O espírito tem propriedades fundamentais, nomeadamente, a liberdade, objectividade e consciência de si. Esta diferença qualitativa concede à “pessoa” uma atitude ascética perante a vida, é o único ser capaz de resistir e dominar os seus impulsos. A “pessoa” é, então, uma asceta da vida, permitindo que a actualidade do espírito e a força vital se interpenetrem. A “pessoa” é, segundo Scheler, o único ser capaz de “*sublimar* a energia dos seus impulsos em actividades espirituais”<sup>30</sup>.

A reflexão scheleriana sobre a noção de “pessoa” como “actualidade pura” testemunha um contributo peculiar para que esta seja compreendida como uma oportunidade de ser e de se realizar em si, na sua própria vida espiritualizada. Esta interpretação supera a tradicional noção clássica de “pessoa” como razão, a *res cogitans* de Descartes e o sujeito transcendental de Kant.

A antropologia filosófica, desde a Antiguidade até aos nossos dias, representa uma herança valiosa para a estruturação da noção de “pessoa”. Na filosofia antiga, a reflexão sobre o homem fundamenta-se na ideia de substância e no dualismo metafísico de corpo e alma. A ideia de substância relacionada com o humano é, por sua vez, assimilada na filosofia da Idade Média, mas com contornos diferentes dos anteriormente assumidos. Devido à influência do cristianismo, a “pessoa” é perspectivada na sua unidade concreta e afirma-se na sua dimensão consciente e moral de aperfeiçoamento de si, isto é, de aproximação à pessoa divina que é Deus. A noção de “pessoa”, tradicionalmente metafísica e teológica, é compreendida na Modernidade como consciência de si, sujeito psicológico e moral. A consciência de si é determinada pela sua

---

<sup>29</sup> Max Scheler, *El puesto del hombre en el cosmos*, Editorial Losada, Buenos Aires, 1938, pp. 65-66.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 72.

racionalidade e pela capacidade de auto-determinação. Do caminho percorrido ao longo desta secção, sobressai a passagem de uma concepção substancial – em que “pessoa” é entendida como uma substância – para uma concepção dinâmica de pessoa – em que esta passa a ser entendida como dinamismo. Esta perspectiva é a dominante na filosofia contemporânea.

### 3. COMPREENSÃO DE PESSOA NA RELAÇÃO ESSENCIAL COM O OUTRO

A pessoa é, essencialmente, um ser em relação, com Deus, com o mundo, com o outro semelhante e consigo própria. A pessoa é assumida como ser relacional desde o cristianismo, retomando a concepção bíblica de homem que se encontra em permanente relação com Deus. Esta relação é sempre pessoal e personalizada, constituindo o vínculo através do qual o homem se encontra consigo mesmo e se descobre como pessoa.

Conforme consta no *Livro do Génesis* (1, 26), Deus cria o homem à sua imagem e semelhança, dando-lhe um estatuto distinto entre os demais seres<sup>31</sup>. O homem não é apenas uma criatura entre todas as outras, é filho de Deus; é um ser espiritual, capaz de contemplar e participar na obra divina. Neste sentido, o primeiro elo do humano com Deus é a relação de filiação que se estabelece, desde logo, no momento da sua criação. Entre a Pessoa divina que é Deus e a pessoa humana cria-se uma relação de intimidade. É diante deste acontecimento que a pessoa humana se revela como um ser responsável, capaz de responder livremente à mensagem salvífica de Deus<sup>32</sup>. Neste contexto, Emerich Coreth considera que “numa forma que era absolutamente estranha ao pensamento grego,

---

<sup>31</sup> Cf. *Nova Bíblia dos Capuchinhos*, Difusora Bíblica, Lisboa, 1998, p. 25.

<sup>32</sup> Cf. Henrique C. de Lima Vaz, *Op. cit.*, p. 60.

acentuou-se o valor e dignidade do indivíduo, a sua singularidade individual, a sua vocação divina, a sua decisão livre perante o destino eterno”<sup>33</sup>.

A pessoa humana assume, face ao chamamento do Deus Criador, o compromisso de participar e contemplar a obra divina. Esta contemplação conduz a pessoa humana a um aperfeiçoamento de si, da sua individualidade. O caminho agora proposto à pessoa humana, devido à relação que se estabelece com Deus, é o de livre escolha em direcção à vida eterna, suplantando a *moira* e as leis universais que predefiniam a vida do homem da Antiguidade. É, pois, na relação pessoal que se dá o encontro entre a pessoa humana concreta e Deus, e que se define o caminho da salvação eterna.

A aliança que se estabelece entre Deus e a pessoa humana é a fonte de inspiração para uma relação de amor entre a comunidade de homens. A palavra de Deus ensina uma mensagem de amor ao próximo, sobre a qual deve assentar os laços que unem umas pessoas às outras. A unidade da humanidade dá-se na caridade e no amor. Deste modo, afirma-se que “ser pessoa significa assim uma tendência essencial para o ser pessoal do outro. Só no cumprimento dessa relação pessoal – em direcção ao ser pessoal finito do outro homem e em definitivo em direcção ao ser pessoal absoluto e infinito de Deus – alcança o homem a sua realização e desenvolvimento plenos”<sup>34</sup>.

A capacidade que o ser humano tem de se relacionar com outrem, primeiro com Deus e depois com as outras pessoas, é o elemento fundador da concepção teológica de “pessoa”. Esta perspectiva é determinante para a filosofia cristã, ao longo de toda a Idade Média, acentuando claramente uma relação de verticalidade entre o ser humano e o divino.

Durante o Renascimento, a concepção de pessoa como um ser relacionado com o

---

<sup>33</sup> Emerich Coreth, *Op. cit.*, p. 33.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 192.

Divino dá lugar à descoberta do humano em relação consigo próprio. Trata-se de uma afirmação do indivíduo, fechado sobre si e autónomo de Deus e dos outros. O espírito da renascença serve de charneira para um período de exaltação da razão que predomina durante a Idade Moderna, na qual o sujeito é entendido como consciência de si (psicológica e moral). Na perspectiva de Joseph Gevaert “a antropologia moderna a partir de Descartes está fortemente caracterizada pelo facto do homem ser visto, acima de tudo e prevalentemente, na sua relação com o mundo material. Além disso, o homem moderno é amplamente interpretado como indivíduo solitário, encerrado em si mesmo e isolado dos demais. Não é que se negue, como é óbvio, a coexistência com os demais, mas esta não é valorizada; mais ainda, não parece ter importância para a compreensão do mistério do homem”<sup>35</sup>.

A concepção antropológica contemporânea tende a reintegrar a dimensão relacional que definia a pessoa humana desde o cristianismo. Por um lado, a dimensão relacional predominante na tradição cristã, caracterizada por uma relação vertical entre o homem e Deus, dá lugar a uma relação interpessoal e horizontal que se estabelece entre pessoas humanas. Por outro lado, a consciência como interioridade predominante na Idade Moderna, vai-se abrindo a uma consciência como intencionalidade<sup>36</sup>. Esta consciência afirma o instante em que se dá a abertura ao mundo e ao outro, reconhecida como uma dimensão fundamental para a constituição da pessoa.

Deste modo, podemos afirmar que a pessoa humana na filosofia contemporânea se define pela relação com o outro, outra pessoa que nos interpela através da sua presença. A dimensão relacional da pessoa é fundamentada na sua própria constituição

---

<sup>35</sup> Joseph Gevaert, *El problema del hombre. Introducción a la Antropología Filosófica*, Ediciones Sigueme, Salamanca, 1991, p. 32.

<sup>36</sup> Cf. M. Patrão Neves, “A pessoa e o seu universo”, p. 612.

ontológica que já existe no mundo e na presença do outro, ocupando um tempo e um espaço historicamente determinados. Esta visão permite contribuir para uma ontologia relacional que se estabelece na íntima relação do eu com a alteridade. Uma reapreciação da etimologia de *persona* remete para a afirmação da presença da alteridade: a voz emitida através da máscara usada no teatro é uma voz que brota para que outro a possa ouvir. Neste sentido, Carlos Díaz afirma que “pela sua abertura radical, o «eu» enlaça-se com o «tu» e na pluralidade unitária do «nós»”<sup>37</sup>.

A concepção de pessoa como ser relacional conta com o valioso contributo do pensamento filosófico de Paul Ricoeur e Emmanuel Levinas. Os filósofos procuram superar o cogito enclausurado que prevalecia na filosofia cartesiana e o solipsismo por ela representado. Deste modo, o sujeito entendido como consciência imediata de si, dá lugar à consciência de si mediatizada pelo encontro com a alteridade.

Paul Ricoeur (1913-2005) na obra *Soi-Même comme un autre*, de 1990, defende que a subjectividade única se constitui na íntima relação com o outro. A afirmação “eu sou” é vazia, fechada, e por isso carece de uma interpretação, implicando um descentramento do eu. É neste sentido que se estabelece uma “hermenêutica de si”, em que o outro é o acesso mediatizado para a compreensão que já não é do eu, mas antes do si. O filósofo defende que “uma nova dialéctica do Mesmo e do Outro é suscitada por essa hermenêutica, que, de múltiplas maneiras, confirma que aqui o Outro não é somente a contrapartida do Mesmo mas pertence à constituição íntima do seu sentido”<sup>38</sup>.

Por outras palavras, é no apelo intrínseco da intersubjectividade que a pessoa se constitui como *ipseidade*, entendida como a apropriação de si, ou seja, a exteriorização de si a si mesma. Conforme afirma Carlos João Correia, “se pensarmos a identidade de si

---

<sup>37</sup> Carlos Díaz, “Pessoa”, p. 304.

<sup>38</sup> Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, 1990, p. 380.

como ipseidade, o *outro* deixa de ser apenas o que é *diferente* de nós, para se tornar em alguém que, através do seu testemunho e da sua acção, revela igualmente a presença de si próprio”<sup>39</sup>.

A dimensão relacional da pessoa assume-se na realidade como uma certeza inabalável, que é capaz de desvendar o que há de mais íntimo em nós. A abertura ao outro não é uma opção, nem é uma atitude voluntária. É uma abertura tensa e exigente que se impõe desde logo no face a face.

Emmanuel Levinas (1906-1995) designa este acontecimento de abertura e encontro com o outro por “epifania do rosto”. O rosto é o lugar onde se estabelece a relação entre o eu e a alteridade. Tal como é descrito em *Totalidade e Infinito* (1961), “o rosto fala-me e convida-me assim a uma relação sem paralelo com um poder que se exerce, quer seja fruição quer seja conhecimento”<sup>40</sup>.

Na perspectiva de Levinas, a existência do outro não depende do pensamento da subjectividade (do eu) ou da consciência que a subjectividade tem da alteridade. Pelo contrário, a alteridade impõe-se pela sua própria força, por uma presença que antecede a chegada da subjectividade ao mundo: o eu advém num mundo onde outros já existiam e estavam presentes. O outro precede-nos na sua individualidade. É neste sentido que a alteridade – o outro – assume uma primazia em relação à subjectividade – o eu.

A dimensão relacional mostra-se como uma característica fundamental e estruturante da realidade existencial da pessoa humana. O legado teológico-filosófico que considera a pessoa na relação com Deus abre-se a uma perspectiva da pessoa relacionada

---

<sup>39</sup> Carlos João Correia, “Identidade pessoal. Notas para uma redefinição do conceito de pessoa segundo o pensamento de Ricoeur”, *Philosophica*, 12 (1998), p. 86.

<sup>40</sup> Emmanuel Levinas, *Totalidade e infinito*, Edições 70, Lisboa, 1988, p. 176.



com o outro humano. Como sustenta Joseph Gevaert, “a ideia de co-existência significa também que a existência se desenrola e se realiza com os outros no mundo, e que o sentido mesmo da existência está ligado ao chamamento do outro, que quer alguém diante de mim, ou que me convida a ser alguém diante dele, no amor e na construção de um mundo mais humano”<sup>41</sup>. A relação assume-se, pois, como uma experiência intensa de apelo à reciprocidade e à partilha.

---

<sup>41</sup> Joseph Gevaert, *Op. cit.*, p. 46.

## CAPÍTULO II

# **Dimensão Plural de Pessoa: da afirmação da singularidade à integração na comunidade**

### **1. A PESSOA COMO SER SINGULAR E SER COMUNITÁRIO**

A noção de “pessoa”, tal como é teorizada na antropologia filosófica ocidental, afirma-se como um ser dinâmico, em constante desenvolvimento e realização de si, e ser relacional, que se compreende e projecta na relação com o outro. Estes elementos, aprofundados no capítulo anterior, são as bases fundamentais que nos permitem agora compreender a pessoa como “ser singular” e “ser comunitário”.

A pessoa entendida como um ser singular assume a existência de uma identidade específica, individual e única. Esta identidade assenta num carácter próprio da pessoa que determina a orientação do seu agir. Por outras palavras, só a pessoa, pela sua espiritualidade e racionalidade, é capaz de ser o princípio do seu agir e de estabelecer uma finalidade para a sua acção. A pessoa singular comporta em si um sentido ético para

a sua existência e acção<sup>42</sup>.

Deste modo, a reflexão filosófica sobre a pessoa como ser singular evoca a autonomia como princípio determinante da sua identidade e condição indispensável da sua realização pessoal. Conforme afirma M. Patrão Neves, “a autonomia, designando etimologicamente a autoria do homem da lei a que se submete, tem sido ao longo dos tempos o traço dominante da identidade do próprio homem e fundamento da sua dignidade”<sup>43</sup>.

Desta sorte, destacamos novamente o valioso contributo da filosofia kantiana, em que a autonomia é entendida como o princípio supremo da moralidade. Para Kant, a autonomia define-se como a capacidade que todo o ser racional tem de agir segundo a sua representação da lei moral<sup>44</sup>. Assim sendo, o homem é considerado como o legislador universal, com base no imperativo categórico: “age como se a máxima da tua acção se devesse tornar, pela tua vontade, em *lei universal da natureza*”<sup>45</sup>.

Contudo, a identidade da pessoa não se reduz apenas à sua singularidade, determinada pela autonomia individual. A pessoa é simultaneamente reconhecida como um ser comunitário. Neste sentido, salientamos que a dimensão comunitária da pessoa é alicerçada na abertura ao outro, na relação com a alteridade. Noronha Galvão considera que “devido ao carácter relacional, não é possível a pessoa sem a intersubjectividade. Pessoa e comunidade são noções que se implicam mutuamente”<sup>46</sup>. O encontro com o outro desvela a singularidade e a individualidade pessoais. Ou seja, a pessoa só se reconhece e completa porque é projectada frente a frente com a singularidade de outrem.

---

<sup>42</sup> Cf. Michel Renaud, “A tensão entre o bem individual e o bem comum”, in *Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 1998, p. 10.

<sup>43</sup> M. Patrão Neves, “Autonomia e responsabilidade da pessoa”, in *Poderes e limites da genética*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 1998, p. 20.

<sup>44</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>45</sup> Immanuel Kant, *Op. cit.*, p. 59.

<sup>46</sup> Galvão, H. Noronha, “Origem teológica do conceito de pessoa. Algumas notas”, p. 207.

Ser pessoa com o outro é estar lançada numa comunidade de pessoas concretas que se relacionam entre si.

A abordagem tradicional sobre a pessoa e a sua integração na comunidade suscita um debate centrado, muitas vezes, nos dilemas existentes entre o individualismo e o colectivismo, isto é, entre o bem individual e o bem comum. Nesta perspectiva procura-se compreender que interesses devem ser primeiramente defendidos: os individuais ou os colectivos. Porém, o que consideramos ser importante acima de tudo é compreender o modo como a pessoa se integra, interage e vive na comunidade da qual faz parte, articulando a sua autonomia com a autonomia da outra pessoa.

É neste contexto que Emerich Coreth considera fulcral distinguir “comunidade” e “sociedade”. Tal como refere o autor, “uma comunidade baseia-se nas relações pessoais de aceitação e respeito mútuo, de amizade e de amor, da vinculação espiritual pessoal, numa comunidade de vida e de sentimentos, sem que essa vinculação se encontre estabelecida de um modo jurídico”<sup>47</sup>. Pelo contrário, a sociedade define-se por um ordenamento jurídico, estabelecendo regras para um melhor funcionamento da vida em grupo. A sociedade assenta numa estrutura legislativa, com uma dimensão coercitiva que prevê sanções para os infractores das regras estabelecidas. Todavia, não há qualquer contradição entre sociedade e comunidade. Ambas se complementam e interagem para a realização da pessoa como ser comunitário e para a concretização do bem colectivo. Por assim dizer, “a comunidade constitui, de certa forma, o «aspecto interior» de um ente comunitário, enquanto a sociedade representa o «aspecto exterior»”<sup>48</sup>.

Esta perspectiva abre-nos caminhos para a ideia de que a partilha entre pessoas, seres singulares entre si, só é possível quando há partilha de princípios. Esta comunidade

---

<sup>47</sup> Emerich Coreth, *Op. cit.*, 204.

<sup>48</sup> *Ibid.*

é essencialmente uma comunidade moral, sustentada por princípios éticos que solidificam a relação com o outro e que estabelecem o respeito pelo bem individual e o bem comum.

Neste contexto específico, destacamos a solidariedade como um dos princípios mais relevantes que suportam a vida em comunidade. A solidariedade expressa a relação de respeito pelos direitos individuais do outro, nomeadamente o respeito pela sua autonomia. Mas, acima de tudo, a solidariedade é o princípio que expressa a realização de acções morais que promovem e conduzem ao bem e à felicidade do outro, numa atitude de generosidade e gratuidade. A pessoa como ser comunitário e, por conseguinte, solidário, tem a tarefa de ajudar e amparar o outro.

A pessoa é perspectiva como um ser singular, na qual se fundamenta a sua autonomia individual e a sua dignidade, e como um ser comunitário, lançado na relação com o outro, a partir do princípio de solidariedade como atitude voluntária de agir em conformidade com o bem do outro. A identidade da pessoa dá-se no entrelaçamento destas duas dimensões, singularidade e comunidade, que são indissociáveis entre si.

## **2. CORPOREIDADE E ESPIRITUALIDADE DA PESSOA**

A pessoa humana é entendida, na sua essência, como uma constituição ontológica de corpo e espírito. Deste modo, compreende-se como uma unidade, uma totalidade vivida e concreta, no mundo e diante do outro.

A reflexão sobre a realidade humana como um todo que envolve corporeidade e

espiritualidade representa um dos temas mais debatidos na filosofia, desde os Gregos até aos dias de hoje. Na perspectiva de M. L. Portocarrero Ferreira da Silva, “um dos factos mais importantes da nossa cultura contemporânea é a descoberta progressiva da profunda unidade do ser humano e, com ela, a do papel fundamental do corpo ou finitude como o seu verdadeiro espaço de experiência”<sup>49</sup>. A compreensão da pessoa como uma unidade é uma descoberta concretizada por uma cultura que herda primeiramente a divisão do Homem em duas substâncias ontologicamente diferentes, isto é, corpo e espírito.

Na Antiga Grécia assiste-se a uma perspectiva antropológica centrada no dualismo de corpo e alma. Esta é fundamentalmente representada por Platão, como já foi referido no Capítulo anterior, e influencia toda a cultura ocidental até aos nossos dias.

Todavia, com o cristianismo o corpo assume um lugar de destaque na reflexão sobre a pessoa. Não se trata pois de “um conglomerado de duas substâncias distintas, mas um sujeito uno e incarnado; é profundamente corpóreo, enquanto a encarnação é a condição das múltiplas relações que constituem o seu ser pessoal”<sup>50</sup>. Esta ideia de sujeito incarnado torna-se preponderante na cultura ocidental, especialmente a partir das leituras do *Novo Testamento* que relatam a revelação do filho de Deus feito homem. Na verdade, o testemunho de Deus incarnado, na pessoa concreta de Cristo, é fonte inspiradora para que o corpo assuma um estatuto fundamental na pessoa humana. Deste modo, expressa-se a filiação do homem em relação a Deus, uma vez que “na Bíblia, não se concebe o corpo como uma totalidade circunscrita ou uma entidade individualizada, mas como um conjunto de relações diversamente qualificadas. O homem não tem assim um corpo: é corporal”<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> Maria Luísa Portocarrero Ferreira da Silva, “A relação corpo-espírito”, in Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), *Bioética*, Verbo, Lisboa, 1996, p. 64.

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 66.

<sup>51</sup> Isabel Renaud, “Corpo”, in *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Vol. 1, Verbo, Lisboa,

O corpo, entendido como horizonte de relações, entre o divino e o humano, é ricamente relatado na passagem bíblica da última ceia, na qual Cristo partilha com os seus discípulos o “corpo e o sangue”, antes da crucificação. Esta partilha não só afirma a divindade da pessoa de Cristo, que se entrega pela humanidade, como reforça a aliança de filiação, que tem, por assim dizer, o seu culminar no momento da ressurreição. A ressurreição é testemunho de que o corpo constitui a unidade originária da pessoa.

Todavia, a concepção dualista de corpo e alma não é superada pela concepção bíblica de pessoa humana, entendida como uma unidade integral. Na Modernidade dá-se uma radicalização do dualismo platónico, bastante evidente na filosofia cartesiana. Para Descartes, o ser humano é compreendido pela dualidade de alma e corpo, dois domínios distintos e autónomos entre si. Como se viu anteriormente, a alma é a *res cogitans*, puro pensamento, completa e indivisível; é a essência do eu pensante e é definida pelo entendimento e liberdade. O corpo é *res extensa*, pura natureza física; uma máquina completa, composta por várias peças, que funciona autónoma e independentemente do cogito. O eu define-se como pensamento, razão, sem que seja necessária uma referência ao corpo. O corpo é entendido como uma maquinaria anatómica, constituído por diferentes órgãos, e que funcionam entre si por uma disposição natural. Neste sentido, consideramos que “o corpo do homem não possui qualquer especificidade (humana), mas antes se encontra sujeito às mesmas leis mecânicas de todo o Universo de que Deus é engenheiro”<sup>52</sup>. A filosofia de Descartes conduz-nos a uma visão objectiva do corpo, assumido no mundo, fora da consciência, juntamente com as coisas objectiváveis.

É sobretudo na passagem da Idade Moderna para a Contemporaneidade que corpo e espírito vão assumindo gradualmente uma maior intimidade, permitindo uma

---

1989, p. 1177.

<sup>52</sup> M. Patrão Neves, “O «homem verdadeiro», segundo Descartes”, p. 352.

perspectiva integral e unitária da noção de pessoa.

Maine de Biran (1766-1824) retoma a filosofia da consciência de inspiração cartesiana, dando-lhe um cunho original ao afirmar a unidade da consciência e do corpo do homem. Biran é considerado um dos primeiros filósofos a projectar o homem na sua integralidade de corpo e espírito.

A filosofia biraniana assenta na concepção de sujeito “hiper-orgânico”, em que o homem é entendido como um ser concreto, inteiro e uno. Para Biran, é fundamental compreender o sujeito na sua imediatez originária, através do “facto primitivo”. O “facto primitivo” consiste num esforço muscular voluntário sobre um objecto material que lhe oferece resistência e a partir do qual o sujeito toma consciência de si. Neste instante, o movimento corpóreo é integrado e assumido como “eu”, íntima e intrinsecamente relacionados com a consciência. O corpo, ao contrário do que se assiste em Descartes, não pode ser entendido como um objecto, semelhante aos restantes objectos existentes no mundo, capaz de ser observado como algo exterior. Tal como afirma M. Patrão Neves, “o «eu», não sendo corpóreo, está indissociavelmente ligado a um corpo, o qual, porque é meu, é sujeito. Assim, o homem, sem reprimir ou se abstrair do que nele é orgânico, sabe-se ser mais do que isso. Não há conflito ou dificuldades, o homem é radical e originariamente corpo e consciência”<sup>53</sup>.

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) destaca-se como um dos principais pensadores da filosofia contemporânea que contribuíram para a compreensão da unidade do homem, estruturada a partir da noção de corporeidade. O filósofo critica as várias expressões de dualismo existentes ao longo da história da filosofia, acentuando, muito em particular, o dualismo cartesiano de *res cogitans* e *res extensa*.

---

<sup>53</sup> M. Patrão Neves, “Entre a Psicologia e a Metafísica: a «Ciência do Homem». Contributo de Maine de Biran para a «Antropologia Filosófica»”, *Revista Portuguesa de Filosofia*, Tomo L, 1/3, (1994), p. 284.



Para Merleau-Ponty, o homem é uma realidade concreta e existencial. O homem não possui uma consciência ou um corpo, perspectivados como se fossem objectos. Ele é consciência e corpo. Conforme é referido na sua obra *Fenomenologia da percepção* (1945), “como sistema de capacidades motoras ou capacidades perceptivas, o nosso corpo não é um objecto do «eu penso»: é um conjunto de significações vividas que se encaminham para o seu equilíbrio”<sup>54</sup>. O ente real que é o homem é uma unidade vivida, baseada na experiência que o “eu” tem de si, em que a consciência é intenção e o corpo expressão dessa mesma intencionalidade. A consciência que não atinge a sua expressão no corpo, desvanece-se; o corpo, separado da consciência, resume-se à sua condição puramente biológica. Corpo e consciência constituem-se numa unidade originária que é anterior à instauração da dualidade de sujeito e objecto.

O corpo é uma dimensão vivida da nossa existência, é o “corpo vivido”, o “corpo próprio”. O “eu” não é separado nem separável do corpo e, como tal, o corpo não pode ser reduzido a uma realidade fisiológica, ou a um objecto, conforme o entendem as ciências da vida. O corpo é “sujeito de percepção. Revela-nos o mundo perceptivo e enraíza a consciência no mundo, abrindo-a, assim, à experiência perceptiva originária. É o corpo que permite ter uma experiência. É pelo corpo que estamos situados no mundo, é por ele que comunicamos com os outros”<sup>55</sup>. O corpo é uma unidade psico-somática, social e espiritual.

O contributo dos filósofos referidos ao longo desta secção é indispensável para a compreensão da pessoa como uma unidade integral e original de corporeidade e espiritualidade. A afirmação do “eu” é a tomada de consciência da pessoa que eu sou,

---

<sup>54</sup> Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Éditions Gallimard, Paris, 2005, p. 190.

<sup>55</sup> Isabel Matos Dias, *Elogio do sensível. Corpo e reflexão em Merleau-Ponty*, Litoral Edições, Lisboa, 1989, p. 98.

experienciada pela unidade e totalidade de corpo e espírito. Segundo Emerich Coreth, esta é uma “totalidade diferenciada”, uma “totalidade heterógenea em que se unificam formas muito diversas de ser e de agir”<sup>56</sup>. De acordo com o mesmo autor, esta totalidade vivida é organizada e estruturada, mantendo uma relação de condicionamento mútuo entre o corpo e o espírito. Quer isto dizer que é na relação intrínseca da corporeidade e da espiritualidade que a pessoa se realiza como uma totalidade dinâmica, que se experimenta e testemunha na vida real, concreta e vivida. Podemos considerar, neste contexto, que “a primeira feição desta experiência é o facto de que toda a pessoa humana se considera espontaneamente sujeito único de acções espirituais e corporais”<sup>57</sup>.

O corpo da pessoa é, em primeira instância, a parte material, condicionada pelas leis do tempo e do espaço, e pelos processos biológicos, físicos e químicos, próprios de todos os corpos existentes na natureza. Trata-se de um organismo, um corpo vivo, distinto da matéria inorgânica. A corporeidade da pessoa reúne, todavia, características da vida vegetativa e da vida sensitiva. A primeira é partilhada com as plantas e refere-se à assimilação das substâncias nutritivas que garantem a sobrevivência, crescimento e manutenção da própria vida. É a linha concreta de toda a vida que nasce, cresce e morre. A segunda, semelhante a algumas características próprias do animal, refere-se ao impulso, captado pelos órgãos sensoriais<sup>58</sup>.

Estas diferenças de grau, atingem o seu apogeu na vida espiritual, que é especificamente uma realidade da pessoa humana, e que supera quer a vida vegetativa, quer a vida sensitiva. O próprio corpo da pessoa, apesar de se caracterizar como uma realidade material, distingue-se pela espiritualidade que dele faz parte. É esta comunhão

---

<sup>56</sup> Emerich Coreth, *Op. cit.*, p. 174.

<sup>57</sup> Joseph Gevaert, *Op. cit.*, p. 84.

<sup>58</sup> Cf. Emerich Coreth, *Op. cit.*, p. 175.

entre corporeidade e espiritualidade que constitui a pessoa como uma totalidade viva. Assim se afirma que “a vida corporal do homem não seria possível se ele não possuísse vida espiritual consciente de si mesma e capaz de configurar em liberdade o seu meio ambiente”<sup>59</sup>.

Na verdade, a espiritualidade e a corporeidade condicionam-se mutuamente. Por um lado, o corpo é testemunho da realização e concretização do espírito, ou seja, o corpo é horizonte de manifestação da vida espiritual. Por outro, o espírito permite uma unidade das vidas vegetativa e sensitiva, e transforma-o num corpo distinto, num corpo sujeito. Este corpo espiritualizado e espiritualizante, que se encontra com o espírito do outro, no corpo do outro, é o ponto de inserção da pessoa no mundo. O corpo é presença no mundo, lugar de comunicação e de reconhecimento do outro. O corpo assume-se como uma categoria subjectiva, que não pode ser perspectivada fora de um contexto pessoal. É através do corpo que a pessoa realiza a sua existência no mundo.

A reflexão antropológica, especificamente centrada na constituição humana de corporeidade e espiritualidade, é marcada por duas tradições na história da filosofia. Por um lado, assiste-se a uma perspectiva dualista, com origem na Grécia Antiga, e que compreende o homem como um composto de corpo e espírito, entendidos como duas substâncias distintas. Esta perspectiva é retomada e radicalizada na Idade Moderna, atribuindo-se uma importância primordial à consciência e desvalorizando o corpo. Por outro lado, durante a Idade Média a concepção dualista do humano é contrariada pela afirmação de uma pessoa entendida como uma unidade intrínseca de corpo e espírito. Esta concepção unitária é revitalizada no pensamento filosófico contemporâneo,

---

<sup>59</sup> *Ibid.*

representando uma das determinações essenciais da pessoa. A concepção filosófica de pessoa, como uma unidade integral de corporeidade e espiritualidade, é considerada por outras ciências, nomeadamente por aquelas que tratam o corpo, não como um objecto, mas como uma dimensão subjectiva da pessoa.

CAPÍTULO III

**Pessoa e Biomedicina:  
o desafio da transplantação**

**1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA TRANSPLANTAÇÃO: DA ARTE DOS SANTOS AO ENGENHO  
DOS HOMENS**

Fra Angélico é o autor de uma das cenas pintadas mais emblemáticas da vida de São Cosme e de São Damião, os santos gémeos que viveram no século III<sup>60</sup>. O quadro representa os irmãos que, unidos pelo saber da medicina e da cirurgia, amputam a perna gangrenada do diácono Giustiniano e enxertam-lhe a perna de um soldado negro que acabara de morrer. De acordo com o relato de Jacques de Voragine, arcebispo de Génova no século XIII, após o enxerto, a perna do doente foi colocada no morto, para lhe restituir a sua integridade corporal. Por seu turno, o transplantado acordou sem dores, pensando

---

<sup>60</sup> Fra Angélico nasceu em Vicchio, em Florença, cerca do ano de 1387, e faleceu em Roma, em 1455. É chamado Beato Angélico, Fra Giovanni ou Fra Giovanni da Fiesole por ter ingressado na Ordem Dominicana do Convento de Fiesole, em 1407. Dedicou-se à pintura e quase toda a sua obra contempla figuras religiosas. O quadro que materializa o milagre do transplante realizado por São Cosme e São Damião encontra-se no Museu de San Marco, em Florença.

que se havia transformado noutra pessoa<sup>61</sup>.

Esta quimera protagonizada por São Cosme e São Damião é resultado da imaginação do homem como antecipação da concretização de um desejo visionário. Esta lenda, expressada artisticamente pela mão de Fra Angélico, lança-nos diante de um novo horizonte de sentido, remetendo-nos para o desejo remoto que o homem tem de corrigir e substituir as partes doentes do corpo humano, por partes iguais provenientes de um outro corpo são. No entanto, este desejo só assume uma expressão real no século XX quando os transplantes se concretizam como uma das grandes realizações da biomedicina. Segundo Diego Gracia, “os transplantes de órgãos supuseram uma autêntica revolução no mundo da medicina e converteram-se num procedimento imprescindível para o controlo de muitas patologias. Desde o ponto de vista técnico, os avanços foram surpreendentes, abrindo perspectivas terapêuticas que até há pouco haviam sido consideradas utópicas”<sup>62</sup>.

A evolução dos transplantes está repleta de marcos históricos que contribuíram para a sua determinação como terapêutica médica e para o impacto que assumem actualmente na prestação de cuidados de saúde. No presente contexto, importa destacar algumas etapas mais significativas deste percurso, possibilitando uma melhor compreensão do desenvolvimento científico dos transplantes, desde a sua fase experimental até à sua fase clínica.

Os primeiros relatos das práticas de transplantação remontam aos séculos VI e V a.C. e referem-se a cirurgiões indianos que realizariam enxertos de pele. Aponta-se que o cirurgião hindu Sushruta terá sido o pioneiro na reconstrução de orelhas e narizes<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Cf. Laurent Degos, *Os enxertos de órgãos*, Instituto Piaget, Lisboa, 1994, pp. 12-13.

<sup>62</sup> Diego Gracia, “Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética”, *Revista de Nefrología*, Vol. XXI, Suplemento 4 (2001), p. 15.

<sup>63</sup> Cf. Diego Gracia, “Historia del trasplante de órganos”, in Javier Gafo (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1996, p. 14.

Os transplantes realizados num sujeito a partir dos seus próprios tecidos foram iniciados na Europa no século XVI, por iniciativa do italiano Gaspare Tagliacozzi. Uma das suas mais célebres experiências relaciona-se com a reconstituição de um nariz, recorrendo a um fragmento de pele proveniente do braço do próprio doente<sup>64</sup>.

No entanto, o principal problema que se colocava na transplantação de tecidos era o fenómeno fisiológico da rejeição, o qual impedia a revascularização dos tecidos. Neste contexto, as práticas experimentais com animais vieram contribuir para uma melhor compreensão da regeneração dos tecidos. Foi o que Paronio fez, em 1804, quando extraiu algumas fracções de pele de ovelha e enxertou-as noutra parte desse mesmo animal, depois de as ter deixado fora do organismo durante várias horas. Paronio realizou outros enxertos entre diferentes animais, nomeadamente entre a vaca e o burro, que se mostraram pouco eficazes. Concluiu que os enxertos mal sucedidos estavam relacionados com o facto de serem feitos entre animais de espécies distintas<sup>65</sup>.

As experiências com animais contribuíram para a aplicação e desenvolvimento dos transplantes de pele em humanos. O cirurgião Jacques-Louis Reverdin (1842-1912) efectuou enxertos com pequenos fragmentos de epiderme, colocados e esticados na superfície da ferida do doente<sup>66</sup>. Todavia, o valioso contributo deste cirurgião remonta a 1870, data em que realizou enxertos com partes grossas da pele, em vez das camadas superficiais. Os seus trabalhos vieram comprovar que esta nova técnica permitia uma revascularização e regeneração mais rápidas dos tecidos enxertados<sup>67</sup>.

Os transplantes de pele foram aqueles que primeiramente se praticaram e onde se verificaram os primeiros sucessos. Os alcances destas experiências vieram impulsionar

---

<sup>64</sup> Cf. *Ibid.*, p. 14.

<sup>65</sup> Cf. Laurent Degos, *Op. cit.*, p. 15.

<sup>66</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>67</sup> Cf. Diego Gracia, “Historia del trasplante de órganos”, pp. 14-15.

um desejo renovado de substituir as partes lesionadas do corpo humano por outras semelhantes, provenientes de outro ser humano. Deste modo, para além dos transplantes de pele, iniciaram-se as experiências de transplantes de órgãos e tecidos entre humanos.

O transplante de órgãos surgiu como um grande desafio, exigindo profundos conhecimentos sobre o sangue e sobre a anatomia humana. A primeira década do século XX representou um período importante, com factos decisivos para a evolução dos transplantes. As transfusões de sangue, iniciadas no século XVII e intensificadas no século XVIII, são o primeiro acontecimento que nos remete para a substituição das componentes do corpo humano. Todavia, o sucesso deste “transplante” em específico foi sempre bastante reduzido. Somente com a identificação dos diferentes grupos sanguíneos do sistema ABO, pelo austríaco Karl Landsteiner, em 1901, é que se assistiu a um melhoramento das técnicas de transfusão de sangue. O êxito da transfusão de sangue dependia do facto de ambos os indivíduos, dador e receptor, pertencerem ao mesmo grupo sanguíneo. Para esta regra, eram contempladas ainda duas excepções: o dador universal, do grupo O, poderia dar sangue a receptores de outros grupos sanguíneos; o receptor universal, do grupo AB, poderia receber sangue de qualquer um dos outros grupos sanguíneos<sup>68</sup>.

O sistema ABO veio constituir um elemento fundamental para o domínio específico da transplantação. Tal importância estava relacionada com a necessidade de haver uma identidade entre os grupos de sangue do dador e do receptor, possibilitando a circulação sanguínea e o funcionamento dos órgãos após o transplante. No entanto, o conhecimento sobre o sangue não era suficiente para garantir o sucesso dos enxertos. Tornava-se indispensável um maior desenvolvimento das técnicas de cirurgia que, no

---

<sup>68</sup> Cf. *Ibid.*, p. 15.



início do século XX, ainda eram bastante rudimentares.

Os avanços nesta área tiveram na sua origem os trabalhos pioneiros em cirurgia vascular do francês Alexis Carrel, iniciados em 1901<sup>69</sup>. Neste ano, A. Carrel estreou-se na investigação de anastomoses vasculares (união de dois vasos pelas respectivas extremidades) com o objectivo de vir a transplantar alguns órgãos<sup>70</sup>. As suas primeiras experiências de cirurgia vascular foram realizadas em animais e o caso mais célebre foi a troca de patas entre dois cães de cores diferentes. Em 1904, A. Carrel imigrou para os Estados Unidos e associou-se a Charley Guthrie, realizando várias experiências de transplantes de rins de animais<sup>71</sup>.

O conhecimento do sistema sanguíneo ABO e o domínio do acto cirúrgico vieram permitir que se desse início às primeiras experiências de transplantação em humanos. As mesmas iniciaram-se nos anos 30, e estiveram direccionadas fundamentalmente para o transplante de rim como resolução da insuficiência renal crónica. Em 1933, o cirurgião russo Yu Yu Voronoy realizou o primeiro enxerto de rim proveniente de um cadáver, vindo o doente a falecer dois dias depois. Este cirurgião prosseguiu as suas experiências, porém, sem obter resultados de sucesso<sup>72</sup>.

Nos finais da década de 40, David Hume, em Boston, realizou um transplante de rim numa jovem que sofria de insuficiência renal por consequência de um aborto. O rim foi colocado na prega do cotovelo. A doente recuperou a consciência e os seus rins retomaram normalmente as suas funções. O órgão enxertado voltou a ser retirado, depois de ter desempenhado a função de rim artificial e de garantir a sobrevivência da doente<sup>73</sup>.

---

<sup>69</sup> Cf. *Ibid.*, p. 16.

<sup>70</sup> Cf. M. Caetano Pereira, “História da transplantação e bioética”, *Cadernos de Bioética*, 27 (2001), p. 25, e Laurent Degos, *Op. cit.*, p. 18.

<sup>71</sup> Cf. Laurent Degos, *Op. cit.*, p. 19.

<sup>72</sup> Cf. *Ibid.*, pp. 25-26.

<sup>73</sup> Cf. *Ibid.*, pp. 26-27.

Em 1950, em Chicago, Richard Lawler extraiu o rim de uma doente e substituiu-o pelo de um cadáver. O transplante foi bem sucedido e o rim funcionou durante seis meses. Este acontecimento foi divulgado pela imprensa e serviu de grande estímulo à comunidade científica para dar continuidade aos ensaios<sup>74</sup>. Durante o ano de 1951, vários transplantes renais foram realizados em França, Estados Unidos, Canadá e Grã-Bretanha. Todavia, em quase todos eles se verificaram resultados sem êxito, traduzidos numa reduzida sobrevivência dos receptores<sup>75</sup>.

A realidade destes casos veio confirmar que o conhecimento do sistema sanguíneo ABO e os avanços da cirurgia vascular eram ainda insuficientes para garantir o sucesso dos transplantes de rim. A rejeição do órgão parecia constituir a maior barreira dos procedimentos, conduzindo à morte da maioria dos transplantados. Ainda na década de 50, os trabalhos de Peter Medawere vieram demonstrar que a rejeição era um fenómeno do sistema imunitário<sup>76</sup>, manifestando-se quando o organismo receptor reconhece que o órgão transplantado é um elemento estranho ao seu corpo<sup>77</sup>. Neste contexto, as respostas imunológicas assumiram uma importância de destaque no aperfeiçoamento dos transplantes de rins. Tornou-se fundamental compreender a identidade e compatibilidade dos tecidos – histocompatibilidade – a fim de superar o fenómeno da rejeição.

As investigações sobre a histocompatibilidade em humanos foram influenciadas pelo conhecimento do sistema H (*histocompatibility system*) do rato, conhecido desde 1948. Procedeu-se então à transplantação entre gémeos univitelinos, portadores de uma

---

<sup>74</sup> Cf. *Ibid.*, p. 27.

<sup>75</sup> Cf. *Ibid.*, p. 28.

<sup>76</sup> Cf. M. Caetano Pereira, “História da transplantação e bioética”, p. 25.

<sup>77</sup> Cf. Nivaldo Hartung Toppa, “Anatomia patológica da rejeição de transplantes”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Mads Editoria Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, p. 74.

maior compatibilidade dos tecidos. Em 1954, realizou-se em Boston o primeiro transplante de rim entre gêmeos bem sucedido, pela mão do cirurgião Joseph Murray, que viria a ser Prémio Nobel da Medicina em 1990. O doente era Richard Herrick, um jovem de 23 anos que sofria de insuficiência renal associada a uma hipertensão arterial elevada. Richard tinha um irmão gêmeo, Ronald, que aceitou doar um dos seus rins. De acordo com a descrição de Laurent Degos “a hipertensão arterial persiste uma vez que os rins doentes ainda não tinham sido retirados. São-no seis meses mais tarde, e Richard retoma a sua vida normal, trabalha, casa-se com uma enfermeira (a sua enfermeira) e tem filhos, como nos contos de fadas. O sucesso é total e perdura”<sup>78</sup>. Durante os anos que se seguiram foram praticados vários transplantes entre gêmeos homozigóticos, com uma elevada taxa de sobrevivência dos doentes.

O domínio do complexo de histocompatibilidade no humano tornou-se cada vez mais necessário, de modo a possibilitar o alargamento da aplicação dos transplantes a um maior número de doentes. Uma nova hipótese se abriu quando, em 1958, o holandês Jan van Rood descobriu o sistema HLA (*human leucocyte antigen system*). Os seus estudos vieram demonstrar que existem dois sistemas HLA, o de classe I e o de classe II. Os antígenos HLA de classe I encontram-se nas membranas de praticamente todas as células nucleadas e na forma de antígenos solúveis nos líquidos do corpo. Estes são codificados nos *locus* HLA A, B e C. Os antígenos HLA de classe II estão presentes, em níveis elevados, na superfície das células portadoras de antígenos, nomeadamente dos linfócitos B, macrófagos e células dendríticas. Estes antígenos são codificados nos *locus* HLA DR, DQ e DP<sup>79</sup>. Por outras palavras, o sistema HLA de classe I expressa antígenos

---

<sup>78</sup> Laurent Degos, *Op. cit.*, p. 31.

<sup>79</sup> Cf. Evaldo Nascimento, Margareth Afonso Torres e Rosélia Maria de Carvalho, “Fundamentos de imunologia de transplantes”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Mads Editoria Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, p. 59 e p. 61.

provenientes do interior da célula, ao passo que o sistema HLA de classe II expressa antigénios provenientes do exterior da célula. A rejeição do transplante relaciona-se fundamentalmente com os primeiros, podendo ser prevenida através da comparação dos antigénios de histocompatibilidade do dador com os do receptor<sup>80</sup>.

A descoberta do sistema HLA e da compatibilidade dos tecidos proporcionaram uma nova etapa na evolução histórica dos transplantes. A novidade protagonizada por esta descoberta repercutiu-se fundamentalmente na utilização de cadáveres como principal fonte de órgãos. Deste maneira, verificou-se uma maior possibilidade de obtenção de órgãos para transplantação, indo muito além da colheita efectuada dentro do núcleo familiar do doente. No entanto, a utilização de órgãos de cadáveres comportava algumas dificuldades face aos diversos grupos e subgrupos de antigénios. Para haver um correcto aproveitamento dos recursos, seria necessária uma vasta população, de modo a comparar os vários grupos tecidulares e assim identificar receptores compatíveis com os órgãos disponíveis de cadáveres. Para este efeito, em 1968 formou-se um grupo à escala europeia, a *Fundação Eurotransplante*, por Jan van Rood<sup>81</sup>. O objectivo seria reunir dados sobre os doentes dos vários países da Europa, de modo a encontrar receptores adequados aos antigénios HLA dos cadáveres existentes para transplantação.

O sucesso alcançado com o transplante renal entre gémeos, em 1954, e a descoberta do sistema HLA, em 1958, vieram permitir uma aplicação dos transplantes a outros órgãos vitais, nomeadamente pulmão, fígado, pâncreas e coração. Os anos 60 foram caracterizados por uma intensa actividade em cirurgia de transplantação praticada a nível experimental. Esta década foi inaugurada, em 1960, com o primeiro transplante de rim, realizado com êxito entre pessoas não relacionadas, por René Küss. Em 1963,

---

<sup>80</sup> Cf. Diego Gracia, “Historia del trasplante de órganos”, p. 16.

<sup>81</sup> Cf. *Ibid.*

James Hardy foi o primeiro cirurgião a transplantar o pulmão. Nesse mesmo ano, foi a vez de Thomas Starzl realizar o primeiro transplante de fígado. Três anos depois, em 1966, o cirurgião Richard Lillehei deu início ao transplante de pâncreas<sup>82</sup>.

Contudo, o maior acontecimento experimental que marcou a década de 60 foi o primeiro transplante de coração, realizado pelo cirurgião Christiaan Barnard, na cidade do Cabo, em África do Sul, no dia 3 de Dezembro de 1967. A dadora foi Denise Darvall, uma jovem de 25 anos, vítima de um acidente de viação. No Hospital de Groote Schuur, os médicos declararam-lhe morte cerebral, apesar do seu coração continuar a bater. Nesta mesma data, estava internado naquele hospital, Louis Washkansky, um doente cardíaco de 54 anos, a quem C. Barnard havia informado sobre a possibilidade de realizar um transplante.

Foi neste sentido que C. Barnard pediu ao pai de Denise, Edward Darvall, consentimento para utilizar o coração da filha, com o propósito de tentar salvar um doente que se encontrava ali hospitalizado. E. Darvall aceitou doar o órgão de Denise e L. Washkansky aceitou receber um novo coração que lhe permitiria sobreviver. Recolhidas as respectivas autorizações, foram realizadas análises ao sangue do receptor e da dadora. L. Washkansky pertencia ao grupo sanguíneo A; Denise pertencia ao grupo sanguíneo O negativo, sendo dadora universal. Os grupos sanguíneos eram compatíveis e a equipa médica preparou-se para a cirurgia. Quando o coração da jovem parou de bater, C. Barnard aguardou três minutos para se certificar de que este não iria recuperar as suas funções espontaneamente. Como o coração permaneceu sem bater, o cirurgião extraiu o órgão e colocou-o no peito de L. Washkansky, que estava anestesiado e ligado ao sistema artificial de coração-pulmão. A cirurgia foi bem sucedida e o transplantado regressou a

---

<sup>82</sup> Cf. Diego Gracia, “Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética”, p. 18.

casa passados onze dias. No entanto, devido à falta de eficácia dos imunossuppressores, o doente veio a falecer dezoito dias depois da operação, vítima de uma pneumonia<sup>83</sup>.

A notícia do transplante divulgou-se rapidamente pelos meios de comunicação social e C. Barnard ficou conhecido por todo o mundo. Os transplantes cardíacos em humanos eram aguardados a qualquer momento com grande expectativa. Vários factores contribuíam para aumentar esta expectativa, nomeadamente os sucessos de várias experiências realizadas em cães e a possibilidade destas se virem a concretizar com êxito no humano. J. Hardy, em 1964, poderia ter sido o primeiro a realizá-lo, quando tentou transplantar o coração de uma jovem que sofria de encefalite irreversível para um doente cardíaco em fase terminal. Todavia, o coração do doente parou de bater quando a jovem ainda se encontrava viva. Na ausência de um órgão humano disponível, a equipa médica decidiu transplantar o coração de um chimpanzé que estava em cativeiro. O doente veio a falecer duas horas depois<sup>84</sup>. Vários cirurgiões estavam aptos a concretizar o primeiro transplante de coração. Seria o caso do americano Norman Shumway que havia declarado em Novembro de 1967 estar preparado para realizar esta operação. Segundo Gregory Pence cerca de doze equipas em todo o mundo estariam aptas para proceder ao primeiro enxerto de coração<sup>85</sup>.

C. Barnard concretizou então aquilo que nenhum outro cirurgião levou a cabo. No entanto, se, por um lado, ele conquistou a admiração de muitas pessoas, inaugurando um novo domínio da medicina, por outro, despertou uma reacção de polémica e indignação, que colocou em causa a legitimidade deste procedimento. As perspectivas divergentes centravam-se não tanto nos detalhes técnicos do transplante, mas antes em questões

---

<sup>83</sup> Cf. Gregory E. Pence, *Classic cases in medical ethics: accounts of the cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds*, McGraw-Hill, New York, 1990, pp. 212-215.

<sup>84</sup> Laurent Degos, *Op. cit.*, p. 52.

<sup>85</sup> Cf. Gregory E. Pence, *Op. cit.*, p. 217.

éticas relacionadas com a dadora e com o receptor. Foi o caso de Werner Forrsmann, cirurgião cardíaco e Prémio Nobel da Medicina em 1956, que criticou publicamente C. Barnard, descrevendo este acontecimento como uma “cena macabra”<sup>86</sup>. W. Forrsmann referia-se ao cenário composto por duas equipas médicas, em que uma delas aguardava, com os bisturis na mão, a morte de uma jovem rapariga, para lhe abrir o peito e retirar o coração. A outra equipa, na sala ao lado, ia aguardando e mantendo o doente vivo através do sistema artificial de coração-pulmão<sup>87</sup>.

O critério de morte cerebral aplicado a Denise foi alvo de grandes contestações por parte da opinião pública. É importante salientar que o conceito mais comum que determinava o fim da vida era o de paragem cárdio-respiratória definitiva. No caso de Denise este conceito não se poderia aplicar, uma vez que C. Barnard necessitava de um coração saudável para transplantar<sup>88</sup>. Apesar desta polémica, segundo o testemunho do cirurgião, a equipa aguardou até ao momento em que o coração de Denise parou de bater para então lhe ser retirado.

O transplante de um órgão vital tão importante como o coração proporcionou um debate alargado, não só no que se refere à sua colheita, mas também sobre questões estritamente relacionadas com o receptor, L. Washkansky. Contestou-se o modo de obtenção do consentimento e questionou-se a informação que lhe havia sido transmitida acerca das suas reais possibilidades de recuperação absoluta. Importa notar que as drogas imunossupressoras utilizadas em 1967 ainda não estavam suficientemente desenvolvidas para evitar a rejeição do órgão, o que poderia comprometer o resultado da operação e o retorno à vida normal. De facto, L. Washkansky morreu poucos dias depois, não devido

---

<sup>86</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>87</sup> Cf. *Ibid.*, p. 216.

<sup>88</sup> Os “Critérios de Harvard”, que determinam o designado “coma irreversível”, só foram publicados em 1968, depois do primeiro transplante de coração.

ao coração transplantado nem à cirurgia, mas devido a uma pneumonia, provocada pela ausência de uma medicação apropriada. Gregory Pence considera que “não havendo possibilidade real de Washkansky sobreviver sem drogas imunossupressoras melhores, transplantar um coração em 1967 seria como transplantar uma cabeça – um espectacular símbolo, mas sem valor terapêutico para o doente”<sup>89</sup>.

Toda a polémica provocada por este caso não impediu o desenvolvimento dos ensaios na área dos transplantes cardíacos. A 2 de Janeiro de 1968, C. Barnard realizou o seu segundo transplante, cujo doente viria a sobreviver dezanove meses. Quatro dias depois, a 6 de Janeiro, foi a vez de Norman Shumway, nos Estados Unidos, realizar o seu primeiro transplante de coração, marcado pela morte do doente duas semanas depois. Na Europa, o primeiro transplante de coração foi efectuado pelo cirurgião francês Claude Chabrol a 27 de Abril de 1968. Durante o ano de 1968, realizou-se por todo o mundo um total de cento e dois enxertos de coração, apesar dos sucessos serem bastante limitados e dos resultados registarem uma taxa de mortalidade muito elevada<sup>90</sup>.

As restrições e ineficácia deste procedimento afectavam não só os transplantes de coração, mas também outros órgãos vitais como o rim, fígado, pâncreas e pulmão. O principal problema verificado em muitos casos era ainda o fenómeno de rejeição, pelo que somente através de uma terapia de imunossupressão se poderia ultrapassar o que constituía a maior barreira dos transplantes. O primeiro recurso, ainda utilizado por J. Murray em 1959, foi a irradiação corporal total, de modo a reduzir o número de linfócitos e de outras células imunitárias. No entanto, este método, devido ao seu carácter não selectivo, suprimia excessivamente o sistema imunitário, deixando o doente exposto a várias infecções. A drenagem do ducto torácico também foi utilizada como terapia

---

<sup>89</sup> Gregory E. Pence, *Op. cit.*, p. 218.

<sup>90</sup> Cf. Laurent Degos, *Op. cit.*, p. 53.



imunossupressora, porém apresentando problemas técnicos que provocavam a morte de muitos doentes<sup>91</sup>.

Uma visão retrospectiva sobre o controlo da imunossupressão vem demonstrar que a administração de fármacos sempre foi o método mais utilizado e aquele que melhores resultados obteve. Recorreu-se, primeiramente, à droga 6-mercaptopurina, cujos efeitos eram conhecidos desde 1959. Em 1961, a azatioprina, uma substância derivada da 6-mercaptopurina, foi introduzida no mercado com o nome comercial de *Imuran*<sup>92</sup>. T. Starzl, em 1963, ano em que realizou o transplante de fígado, contribuiu também para o melhoramento da imunossupressão combinando os corticosteróides, com a designação de *Prednisona*, e a azatioprina<sup>93</sup>. Esta dupla terapêutica acompanhou praticamente todos os procedimentos experimentais e empíricos dos transplantes de órgãos vitais e vigorou até aos finais da década de 70.

No entanto, não há dúvidas de que foi a descoberta da ciclosporina, em 1978, por Jean-François Borel, que permitiu melhorar os resultados clínicos dos transplantes. A ciclosporina é uma substância imunossupressora, derivada de um cogumelo, utilizada na prevenção da rejeição do órgão transplantado, suprimindo o sistema amplificador da resposta imunitária.

A história deste medicamento remonta ao ano de 1969, quando os investigadores do laboratório suíço Sandoz realizaram pesquisas em determinadas substâncias com o objectivo de produzirem novos antibióticos. Para este efeito, isolaram o cogumelo, o *Tolypocladium inflatum*, actualmente designado por *Beauveria nivea*, que foi analisado e

---

<sup>91</sup> Cf. Euler Pace Lasmar e Eduardo Garcia Vilela, “Imunossupressão”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Mads Editoria Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, p. 89.

<sup>92</sup> Cf. Diego Gracia, “Historia del trasplante de órganos”, p. 17.

<sup>93</sup> Cf., Euler Pace Lasmar e Eduardo Garcia Vilela, “Imunossupressão”, p. 89.

submetido a testes sistemáticos nas várias categorias de farmacopeia<sup>94</sup>. Em 1972, no laboratório de J.-F. Borel, verificou-se que este produto tinha a capacidade de inibir a reacção imunitária *in vitro*. A este resultado seguiram-se novos estudos no sentido de verificar a citotoxicidade da ciclosporina de modo a comprovar que o produto era capaz de inibir a reacção imunitária sem destruir as células. Em 1973, foi purificada a substância activa e, em 1975, foi reconhecida a sua estrutura química. Posteriormente, J.-F. Borel misturou a ciclosporina com álcool puro e detergente, para facilitar a sua absorção pelo sangue. Em 1978, realizaram-se as primeiras experiências com ciclosporina em humanos. As conclusões demonstraram que a utilização da ciclosporina atacava o rim e aumentava o risco de cancro. No entanto, uma redução da dosagem fez a diferença, comprovando-se que a toxicidade deste produto diminuía sem alterar o seu efeito terapêutico<sup>95</sup>. Em Setembro de 1978, Roy Calne divulgou os resultados dos efeitos favoráveis da ciclosporina sobre transplantes renais, realizados em Cambridge, na Inglaterra. A introdução da ciclosporina no tratamento dos doentes transplantados vinha então contribuir para o controlo da rejeição do órgão através da supressão do sistema amplificador da resposta imunitária. Os relatos geraram grande entusiasmo entre os cirurgiões e a ciclosporina passou a ser o fármaco mais utilizado nas terapêuticas de imunossupressão<sup>96</sup>. De acordo com a afirmação de Walter Pereira, “a ciclosporina revolucionou os transplantes clínicos em todo o mundo, não somente em termos de aumentar o número de transplantes e o índice de sobrevivência, mas também ao encorajar a comunidade em relação aos transplantes”<sup>97</sup>.

---

<sup>94</sup> Cf. Laurent Degos, *Op. cit.*, p. 48.

<sup>95</sup> Cf. *Ibid.*, p. 49.

<sup>96</sup> Cf. Euler Pace Lasmar e Eduardo Garcia Vilela, “Imunossupressão”, p. 97.

<sup>97</sup> Walter Antonio Pereira, “História dos transplantes”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Mads Editoria Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, p. 6.

Nos anos 80, os transplantes multiplicaram-se e a qualidade dos mesmos aumentou devido à introdução da ciclosporina no combate à rejeição. Iniciou-se, assim, uma nova era na história dos transplantes, que efectivamente abandonava a sua fase experimental e empírica para inaugurar uma fase clínica e terapêutica. O extraordinário progresso da medicina e da farmacologia que se assistiu nos últimos anos transformou os transplantes numa realidade clínica praticada em muitos hospitais, passando a representar um tratamento eficaz em várias patologias que evoluem para a insuficiência de determinados órgãos. Neste sentido, a transplantação “foi reconhecida 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”<sup>98</sup>.

No entanto, a evolução científica dos transplantes, relacionada com as técnicas de cirurgia e de recuperação do receptor, passou a ter como maior obstáculo os recursos disponíveis, relacionados com a falta de doadores de órgãos humanos. O número de doentes que necessitariam de um transplante tornou-se muito superior aos órgãos existentes. Neste contexto, foi surgindo a necessidade de investigar soluções alternativas que permitissem suprir o problema da penúria de órgãos.

A utilização de órgãos provenientes de animais para transplante, actualmente designada de xenotransplantação, passou a constituir uma hipótese alternativa em relação aos órgãos humanos. Contudo, a grande dificuldade suscitada pelo recurso aos animais era a rejeição do órgão transplantado, tal como já se havia verificado em relação aos transplantes entre humanos.

As tentativas experimentais mais relevantes de xenotransplantação tiveram início

---

<sup>98</sup> Abouna, G.M., “The humanitarian aspects of organ transplantation”, *Transplant International*, 14 (2001), p. 118.

na década de 60. É o caso do cirurgião Keith Reemtsma que, em 1963, transplantou os rins de chimpanzés para seis dos seus doentes, tendo um deles sobrevivido nove meses. E, em 1964, o já referido caso do cirurgião James Hardy que transplantou o coração de um chimpanzé para um humano, que veio a falecer duas horas depois<sup>99</sup>. Estes acontecimentos particulares não suscitaram grande controvérsia nem contestação por parte da opinião pública e científica. Como é sabido, a década de 60 caracterizou-se por um exponencial período de experimentação na área dos transplantes e, perante a falta de conhecimentos adequados e de novas soluções clinicamente testadas, as fronteiras das intervenções eram pouco precisas e os limites éticos pouco rigorosos.

O mesmo não aconteceu na década de 80, quando os transplantes já eram assumidos como uma terapêutica clínica, válida para muitas patologias que afectavam o funcionamento de determinados órgãos. O caso mais paradigmático ocorreu em 1984 e ficou conhecido por “Baby Fae”, nome fictício com o intuito de salvaguardar a identidade da criança e da família.

“Fae” nasceu a 12 de Outubro de 1984, prematura três semanas, no Barstow Memorial Hospital, Califórnia. Foi transferida para o Loma Linda University Medical Center, onde lhe diagnosticaram a síndrome de hipoplasia ventricular esquerda. Atendendo à gravidade do estado de “Fae”, Leonard Bailey, o chefe da cirurgia pediátrica e investigador em xenotransplantação, sugeriu a realização de um transplante cardíaco, utilizando para tal um órgão proveniente de um animal. A cirurgia foi discutida com a família, que se fez representar pela mãe da criança, pela avó e por um amigo da mãe. Os familiares consentiram a operação e a 26 de Outubro “Fae” recebeu o coração de

---

<sup>99</sup> Cf. “Baby Fae: ethical issues surrounding cross-species organ transplantation”, Scope Note #5, Bioethics Library, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington, D.C. 20057, p. 2.

um babuíno chamado Goobers<sup>100</sup>. Nove dias depois da cirurgia, quando “Fae” estava a recuperar com sucesso, L. Bailey anunciou que a menina ainda iria celebrar o seu 20.º aniversário<sup>101</sup>. Vinte dias depois do xenotransplante, a 15 de Novembro, “Fae” faleceu.

O caso “Baby Fae” foi divulgado por toda a imprensa da época, levantando várias questões de natureza ética e social. Os discursos apontavam essencialmente para a validade terapêutica do xenotransplante. Face à grande barreira imunológica existente entre o homem e o animal, este transplante nunca poderia trazer benefício real para a saúde de “Fae” e muito menos permitir que ela sobrevivesse até aos vinte anos. O objectivo último não seria o tratamento da patologia cardíaca de “Fae”, mas antes utilizá-la numa experimentação na área dos xenotransplantes. Este aspecto foi amplamente criticado pois a cirurgia de “Fae”, mesmo sendo experimental, deveria trazer algum benefício para a doente. No entanto, era quase certo que a rejeição seria a consequência de todo este processo, à semelhança do que tinha ocorrido com os xenotransplantes na década de 60. A única novidade introduzida desde então tinha sido a ciclosporina que, decididamente, não era eficaz para ultrapassar as barreiras imunológicas entre as espécies.

As críticas a este caso acentuaram-se por se tratar de um recém-nascido, um ser vulnerável, incapaz de prestar o seu consentimento para participar numa investigação científica. O Governo Federal Americano tinha vários documentos publicados sobre a protecção de seres humanos que participavam em investigação científica, destacando as crianças e outras pessoas sem capacidade de prestar consentimento<sup>102</sup>. Porém, o Loma Linda University Medical Center pertencia à Igreja Adventista do Sétimo Dia e, como

---

<sup>100</sup> Cf. Gregory E. Pence, *Op. cit.*, p. 252.

<sup>101</sup> Cf. *Ibid.*, p. 253.

<sup>102</sup> Sobre a legislação e regulamentação existente na época a que se reporta este caso cf. “Baby Fae: ethical issues surrounding cross-species organ transplantation”, pp. 9-10.

tal, não era abrangida legalmente pelas regulamentações federais no que respeita à experimentação humana. No caso particular dos xenotransplantes, a pesquisa era financiada pelas contribuições desta Igreja e pelas dos colegas de L. Bailey, não sendo necessária a aprovação do Estado para a realizar<sup>103</sup>.

As perspectivas divergentes em relação a este caso apontavam igualmente para o sacrifício de animais em procedimentos que tinham por objectivo contribuir para uma melhoria da saúde humana. Os defensores dos “direitos” dos animais consideravam que a vida de “Fae” não se deveria sobrepôr à vida de Goobers, de quem retiraram o coração. O filósofo Thomas Regan considerou naquela época que esta operação envolvia duas vítimas, em primeiro lugar “Fae” e depois Goobers<sup>104</sup>. O caso “Baby Fae”, assim como outros que reflectem o desenvolvimento dos transplantes, permite compreender que os alcances técnicos e científicos são confrontados com os limites éticos e humanos que envolvem dadores, receptores e equipas médicas.

A evolução dos transplantes revela uma longa trajectória que trespassa o desejo e o imaginário humano, percorre todos os caminhos da experimentação e se concretiza como uma realidade clínica nos finais do século XX. Esta trajectória é marcada primeiramente por enxertos realizados numa pessoa a partir dos tecidos dela própria, uma prática experimental iniciada no século XVI e aquela que confere os primeiros sucessos. Mas é durante o século XX que se reúnem condições favoráveis para evoluir dos enxertos de pele na mesma pessoa para os transplantes de órgãos entre pessoas distintas. Neste contexto, o ano de 1901 assinala a descoberta do sistema sanguíneo ABO e o princípio dos trabalhos de Alexis Carrel em cirurgia vascular. O rim é então o primeiro

---

<sup>103</sup> Cf. *Ibid.*, p. 255.

<sup>104</sup> Cf. *Ibid.*, p. 253.

órgão que se tenta transplantar, sendo que as primeiras experiências em humanos remontam à década de 30. Por seu turno, nos anos 50, iniciam-se os transplantes de rim entre gémeos univitelinos, ambos vivos, e portadores de uma maior compatibilidade dos tecidos de modo a evitar a rejeição do órgão. O final desta década fica recordado pela descoberta do sistema HLA, tornando possível o recurso ao cadáver como principal fonte de órgãos. Esta descoberta provocou uma intensificação na prática experimental na década de 60, abrangendo outros órgãos para além do rim, como pulmão, fígado, pâncreas e coração. No entanto, o sucesso destas práticas experimentais fica comprometido com a rejeição do órgão transplantado. É na década de 80 que a barreira da rejeição é ultrapassada, graças ao aparecimento da ciclosporina. Esta descoberta científica determina, decisivamente, a passagem da fase experimental para a fase terapêutica dos transplantes.

## **2. PANORAMA ACTUAL DA TRANSPLANTAÇÃO: DAS POTENCIALIDADES TERAPÊUTICAS À PENÚRIA DE ÓRGÃOS**

A transplantação de células, tecidos e órgãos é hoje unanimemente reconhecida como uma técnica de sucesso no contexto da medicina actual. A transplantação, ensaiada desde há séculos, como antecipação da concretização de um desejo visionário, só no século XX encontra condições para o êxito procurado através da compreensão do sistema de histocompatibilidade e da descoberta dos imunossuppressores. A partir de então a rejeição do órgão por parte do receptor, a qual determinava invariavelmente a morte deste e o fracasso da intervenção cirúrgica, torna-se, regra geral, controlável. A

transplantação converte-se assim de um promotor domínio de experimentação numa técnica terapêutica com um sucesso crescente.

Agora 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, podendo provocar a morte da pessoa, sejam substituídos por órgãos em boas condições, provenientes inicialmente de cadáveres, prolongando o tempo e a qualidade de vida do receptor. Esta prática constitui indubitavelmente um dos progressos mais notáveis da medicina no século XX, através do qual milhares de vidas são salvas por ano em todo o mundo. Por isso se afirma que a “transplantação, para além de representar uma possibilidade de salvar vidas e de proporcionar os melhores resultados em termos de qualidade de vida para os doentes, reduz significativamente os custos com a saúde a longo prazo. Em termos gerais, a transplantação apresenta indicadores de qualidade facilmente mensuráveis quando comparado com outras terapias como a diálise”<sup>105</sup>.

No contexto actual da medicina, existem três tipos de transplantes, os quais se designam por autotransplante, homotransplante (ou alotransplante), e xenotransplante (ou heterotransplante).

O autotransplante refere-se à transplantação de tecidos ou células realizada no próprio indivíduo. Este tipo de transplante é um tratamento particularmente adequado para repovoar o sangue, no caso de doenças que afectam a medula óssea, ou para a reconstrução cutânea em situações de perda da superfície da pele, como é o caso de queimaduras profundas.

O homotransplante (ou alotransplante) designa a transferência de órgãos, tecidos

---

<sup>105</sup> Comissão Europeia, “Human organ transplantation in Europe: an overview”, p. 3, disponível em [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/human\\_substance/documents/organs\\_survey.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/documents/organs_survey.pdf) e acedido a 19 de Julho de 2007.



ou células de um indivíduo para outro, ambos pertencentes à mesma espécie, os quais podem ser obtidos de dador vivo ou cadáver. Este tipo de transplante evidenciou-se como terapêutica clínica fundamentalmente a partir dos anos 80, depois de descobertas as potencialidades da ciclosporina, o imunossupressor que é capaz de controlar a reacção imunitária do enxerto.

O xenotransplante (ou heterotransplante) consiste no enxerto de órgãos entre indivíduos de espécies diferentes como, por exemplo, do porco para o homem. O maior problema técnico suscitado por este procedimento refere-se à barreira imunológica existente entre espécies distintas, provocando a rejeição do órgão transplantado. A literatura existente sobre transplantes faz referência a casos de xenotransplantes temporários, os designados “life-saving”, em que se enxertaram órgãos de animais em humanos. É o caso já referido de “Baby Fae”, em 1984, ou ainda de um doente com cirrose que, em 1993, recebeu o fígado de um babuíno, sobrevivendo setenta dias. No entanto, estes são casos pontuais, com um alcance temporário, que ocorrem pelo facto de não existirem órgãos humanos disponíveis para o efeito. Nestas situações, o xenotransplante aparece como uma solução alternativa ao homotransplante, com o objectivo de se ganhar tempo na expectativa de que, entretanto, apareça um órgão humano compatível.

A classificação dos transplantes que acabámos de indicar é determinada pelo tipo de dador a quem é efectuada a colheita. A existência de dadores representa um vértice determinante para a realização das cirurgias de transplantação. Neste sentido, o processo médico que envolve o transplante implica uma estrutura organizativa que seja capaz de efectuar o maior número de colheitas a fim de beneficiar o maior número de doentes.

Actualmente, as terapêuticas de transplantação têm resultados muito positivos

para a qualidade de vida dos doentes que delas beneficiam. Os dados publicados pelo Conselho da Europa referentes a 2007, que englobam 54 países, reflectem o impacto que os transplantes assumem no contexto da biomedicina. Por exemplo, o número de transplantes de rins realizado foi de cerca de 46000 no total, sendo que os países que mais contribuíram para este número foram os Estados Unidos com 16625 transplantes, o Brasil com 3170, a França com 2911 e a Alemanha com 2907<sup>106</sup>. Naquele mesmo ano, apenas nos países pertencentes à União Europeia, realizaram-se 17306 transplantes de rim, 6576 de fígado e 2050 de coração<sup>107</sup>.

No caso particular de Portugal, a actividade de transplantação progrediu até 2004, ano em que se registaram 436 transplantes de rim, 205 de fígado e 45 de coração. No entanto, em 2005 houve uma descida em relação ao ano anterior, com 380 transplantes de rim e 185 de fígado. Apenas o transplante de coração teve uma ligeira subida, passando de 45 para 46 casos. Os dados mais recentes, relativos aos últimos três anos, demonstraram novamente uma evolução significativa na actividade de transplantação. Em 2006, realizaram-se 396 transplantes renais, 225 hepáticos e 38 cardíacos; o ano de 2007 caracterizou-se por 484 transplantes de rim, 266 de fígado e 51 de coração; em 2008 manteve-se este aumento no caso de rim e fígado, com 525 e 273 transplantes respectivamente, e houve um decréscimo no transplante de coração, com 42 casos<sup>108</sup>.

A entidade responsável pela coordenação dos transplantes no nosso país é actualmente a Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST),

---

<sup>106</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, Vol. 13, 1, 2008, pp. 24-29, disponível em <http://www.transplant-observatory.org/C5/News%20ONT/Document%20Library/newsletter2008.pdf> e acedido a 21 de Janeiro de 2009.

<sup>107</sup> Cf. *Ibid.*, p. 13.

<sup>108</sup> 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/SiteCollectionDocuments/BalancoActividade2008.pdf> e acedido a 26 de Janeiro de 2009.

criada pelo Decreto Regulamentar n.º 67/2007 de 29 de Maio<sup>109</sup>. Esta entidade veio substituir a Organização Portuguesa de Transplantação (OPT), que havia sido criada em 1996, pelo Despacho n.º 257/96, de 13 de Agosto, e que foi extinta a 31 de Maio de 2007. A OPT tinha por missão “dinamizar, avaliar e acompanhar toda a actividade de colheita e transplantação de órgãos e tecidos”<sup>110</sup>. Existem 5 Gabinetes Coordenadores de Colheita de Órgãos e Tecidos (GCCOT): de Santo António que reúne 5 hospitais, de São João com 4 hospitais, dos Hospitais Universitários de Coimbra com 11 hospitais, de São José com 13 hospitais, e de Santa Maria com 4 hospitais.

Estes Centros, assim como tantos outros do mesmo género que organizados por todo o mundo, têm a função de realizar a colheita e a posterior transplantação de órgãos, tecidos e células, com vista a salvar o maior número de pessoas doentes. De um modo geral, a colheita de órgãos pode-se realizar em dadores cadáveres ou dadores vivos. Contudo, a principal fonte de órgãos continua a ser o cadáver, uma vez que a colheita previamente autorizada pelo próprio em vida ou pelos familiares não acarreta qualquer prejuízo.

Neste âmbito, a grande revolução foi de natureza científica e médica, com a aquisição da capacidade de determinação da morte não apenas pelo tradicional critério cardíaco-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 cardíaco-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

---

<sup>109</sup> Cf. *Diário da República*, I Série, n.º 103, de 29 de Maio de 2007.

<sup>110</sup> Organização Portuguesa de Transplantação, “Relatório de actividades – 2004”, p. 3, disponível em <http://www.opt.min-saude.pt/?pag=relatorios> e acedido a 4 de Abril de 2007.

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 até frequentemente pessoas jovens, pelo que, uma vez falecidos, os seus órgãos são, regra geral, avaliados clinicamente como adequados para transplantação.

As patologias mais frequentes que estão na génese da morte cerebral são o traumatismo crâneo-encefálico (cerca de 40% a 60% dos casos), o acidente vascular cerebral, por hemorragia sub-aracnoideia ou intra cerebral (cerca de 30% a 45% dos casos), encefalopatia anóxica esquémica (cerca de 8% a 10% dos casos), e tumor cerebral primário (cerca de 2% a 4% dos casos)<sup>111</sup>. Estas patologias raramente afectam a funcionalidade dos órgãos vitais desde que os potenciais dadores sejam ligados atempadamente ao ventilador. Por esta razão, a enunciação do critério de morte cerebral veio contribuir para o aumento do número de transplantes já que a colheita dos órgãos, quando ainda há batimento cardíaco, garante a perfusão e oxigenação dos mesmos e, consequentemente, a sua vitalidade e funcionamento depois de transplantados.

A selecção dos dadores de órgãos é determinada por exigentes exames clínicos de modo a verificar se existe alguma patologia que inviabilize o transplante. É imediatamente excluída a colheita em portadores de doenças infecto-contagiosas, tais como septicemia (bacteriana, viral, ou fúngica), infecção pelo HIV, hepatite ou encefalite virais, tuberculose activa e sífilis. As neoplasias malignas são também critério de exclusão, excepto alguns tumores cerebrais primários ou carcinomas da pele<sup>112</sup>.

---

<sup>111</sup> Cf. Dionísio Faria e Maia, “Processo de doação – o caso açoriano”, comunicação apresentada no Colóquio *Doação e Transplantação de Órgãos: autonomia individual e solidariedade social*, realizada na Universidade dos Açores, a 2 de Março de 2007.

<sup>112</sup> Cf. Renato Almeida Magalhães, Marcelo Dias Sanches e Walter Antonio Pereira, “Dador”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Mads Editoria Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, p. 203.

Problemas psicossociais (psicoses, alcoolismo e toxicodependências), assim como outras patologias, nomeadamente insuficiência cardíaca refractária, insuficiência respiratória crónica e arteriosclerose generalizada, também são critérios absolutos para a exclusão do dador<sup>113</sup>.

Os referidos exames médicos que se realizam no cadáver abrangem ainda a identificação dos sistemas ABO e HLA, de modo a determinar a histocompatibilidade e encontrar um receptor compatível com o dador disponível. A alocação dos órgãos e a selecção dos receptores devem ser baseadas em critérios médicos, ou seja, de histocompatibilidade, excluindo outros critérios discriminatórios. É consenso geral que “a distribuição dos órgãos não se deve fazer em princípio por critérios económicos, sociais ou culturais. Não se deve discriminar aqueles que têm uma certa cor de pele, ou pertencem a um determinado extracto social ou cultural, ou com baixos recursos económicos. Isto é particularmente importante num mundo como o dos transplantes, que se tem baseado no princípio de altruísmo e da doação. Uma vez que se estabelece este critério como básico e que estrutura todo o sistema de altruísmo social, não se pode, portanto, eleger-se os candidatos a transplantação com base em critérios discriminatórios ou marginalizadores”<sup>114</sup>.

Neste contexto, a determinação dos sistemas ABO e HLA, com vista a apurar a compatibilidade existente entre dador e receptor, aparecem como o primeiro critério para a selecção dos doentes. Trata-se de uma informação imprescindível para o sucesso do transplante, pois são estes sistemas os principais responsáveis pela rejeição do órgão. No caso particular dos transplantes de fígado, coração e pulmão, o único critério de selecção

---

<sup>113</sup> Cf. Fragoso Rebimbas, “Colheita e transplantação de órgãos na Região Autónoma dos Açores”, comunicação apresentada no Colóquio *Doação e Transplantação de Órgãos: autonomia individual e solidariedade social*, realizada na Universidade dos Açores, a 2 de Março de 2007.

<sup>114</sup> Diego Gracia, “Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética”, p. 23.

por histocompatibilidade é o grupo sanguíneo<sup>115</sup>. Depois de se identificar os sistemas ABO e HLA do dador disponível, a prioridade deve ser dada ao caso mais problemático, ou seja, àquele doente que tiver mais urgência e necessidade do transplante. Não havendo nenhuma situação urgente, o doente seleccionado deverá ser então aquele que se encontrar há mais tempo em lista de espera.

A cirurgia de transplantação deve-se realizar no mais curto espaço de tempo possível. Acontece, com muita frequência, o órgão ser transportado do hospital onde foi colhido, para outro hospital onde será transplantado. Este processo está, hoje em dia, de certa maneira facilitado, tendo em conta a evolução das técnicas de conservação e transporte de órgãos e também de comunicação com os doentes. O tempo de espera possível entre a colheita e o transplante varia de órgão para órgão, prevendo-se cerca de 5 horas para o coração, 8 para o fígado e 12 para os rins.

O ritmo acelerado com que todo o procedimento acontece é expresso por Diego Gracia na seguinte afirmação: “a doação e o transplante exigem uma complexa estrutura organizativa que abarque um amplo espaço geográfico e um elevado número de habitantes, assim como equipas muito especializadas e completas; e tudo preparado para funcionar a qualquer momento e sempre contra relógio, já que os períodos de tempo de que se dispõe para levar a cabo todo o processo, desde a extracção até ao transplante, são muito limitados”<sup>116</sup>.

O sucesso dos transplantes, determinado por uma evolução constante e de aperfeiçoamento das técnicas é confrontado, quase paradoxalmente, com a sua principal limitação, a saber, a penúria de órgãos existente por todo o mundo. Com efeito, a transplantação só se pode realizar se existirem órgãos em boas condições e

---

<sup>115</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>116</sup> *Ibid.*, p. 26.

correspondentes às necessidades físicas e ao perfil biológico dos receptores. Porém, quanto mais transplantes se realizam e consolidam as taxas de sucesso, tanto mais aumenta a procura e escasseia o número de órgãos para transplante. Assim, a intensificação do uso das terapêuticas de transplantação revela-se como um dos factores que tem contribuído para desencadear a insuficiência de órgãos, abalando e condicionando a vida de muitos doentes que deles precisam. O panorama geral a que actualmente se assiste é composto por uma discrepância existente entre o reduzido número de órgãos disponíveis e o elevado número de doentes que aguardam por um transplante. É neste contexto específico que o sucesso dos transplantes se converte num excesso, um excesso traduzido no facto de as suas potencialidades superarem a real possibilidade de aplicação a todos os doentes que podem ser salvos por uma cirurgia deste tipo.

Assim, o domínio da transplantação caracteriza-se hoje por dois factores distintos que se opõem entre si. Por um lado, evidencia-se uma generalizada penúria de órgãos para transplante, que se refere tanto aos diferentes tipos de órgãos transplantáveis como aos países em que se procede à transplantação humana. Por outro lado, o número de candidatos a transplantes aumenta de forma significativa, em virtude dos progressos da medicina na manutenção e prolongamento da vida, pelo que as listas de espera crescem desmesuradamente. Existe, pois, 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 serem beneficiados com um transplante.

Uma perspectiva global sobre a situação dos transplantes aponta para a designada escassez de órgãos. Prevê-se que existam cerca de 40000 pessoas em lista de espera nos países da Europa Ocidental, cuja taxa de mortalidade pode oscilar entre 5% e 30%,

dependendo do país em questão e do tipo de órgão por que se aguarda<sup>117</sup>. Nos Estados Unidos, em Agosto de 2008, a lista de espera para transplante ultrapassava os 99000 doentes, sendo que o maior número de candidatos esperava por rim e fígado, com 76460 e 16114 inscritos respectivamente<sup>118</sup>. Tal como se refere no Parecer 50/CNECV/06, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, nos Estados Unidos “somente um em cada oito órgãos de cadáver com potencialidade para serem transplantáveis consegue ser efectivamente usado para transplantação. No Reino Unido, em 1997, encontravam-se em lista de espera 4460 doentes candidatos a transplante renal, dos quais somente um terço veio a receber um transplante de cadáver”<sup>119</sup>. No caso de Portugal, a lista de espera para transplantação de rim contava com 2324 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 órgão<sup>120</sup>.

As vias possíveis de resolução para o problema concreto da escassez de órgãos estão para além dos conhecimentos puramente técnicos e ultrapassam a precisão científica da medicina. Novos desafios se impõem para além deste saber, desafios mais amplos que afectam a sociedade em geral e a vida de cada um dos seus membros em particular, num apelo crescente à doação de órgãos para transplante. Por outras palavras, a emergência das terapêuticas de transplantação e a capacidade de substituir órgãos doentes por órgãos saudáveis, despertaram novas perspectivas sobre o próprio corpo e,

---

<sup>117</sup> Cf. Alliance-O – European Group Coordination of National Research Programmes on Organ and Transplantation 2004-2007, *White paper*, Era-Net Scheme, 2007, p. 13.

<sup>118</sup> Cf. Dados da Organ Procurement and Transplantation Network, disponíveis em <http://www.optn.org/data/> e acedidos a 11 de Agosto de 2008.

<sup>119</sup> Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “Parecer sobre a Proposta de Lei n.º 65/X (Alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril – Colheita e Transplante de órgãos e tecidos humanos)”, *Documentação 11 – Ano 2006*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 2007, p. 115.

<sup>120</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, p. 32.



essencialmente, sobre os destinos que se lhe pode dar em vida ou depois da morte. Neste sentido, a doação de partes específicas do corpo humano, de modo a contribuir para o bem-estar de outrem, surge desde logo como uma exigência e uma necessidade da qual dependem as cirurgias de transplantação. E, face à problemática da insuficiência de órgãos, torna-se imprescindível criar iniciativas que estimulem o aumento das doações, não só a doação *post mortem*, mas também a doação em vida, ambas entendidas como uma atitude altruísta de grande valor social e comunitário.

CAPÍTULO IV

**Disponibilidade da Pessoa no Processo de Doação:  
apreciação crítica das implicações éticas**

**1. DOAÇÃO E COLHEITA *POST MORTEM*: A REFLEXÃO DOS PRINCÍPIOS NA EXPRESSÃO DE  
RESPEITO PELO CORPO VIVIDO**

A existência da pessoa humana é sempre, em última instância, confrontada com a situação-limite da morte, entendida como “um destino que está dentro de nós e faz parte da nossa vida”<sup>121</sup>. A morte é a última esfera da condição humana, é o reflexo de um fim, que se deixa testemunhar pela perda total e irreversível da vitalidade e dinamismo que caracterizam a pessoa. A morte encerra a realidade da pessoa incarnada, constituída por corpo e espírito que se relacionam e se condicionam entre si. A morte revela-se pela presença do corpo falecido, um cadáver humano, um corpo desespiritualizado, sem vida, destinado à decomposição orgânica da matéria que o constitui.

---

<sup>121</sup> R. Lucas Lucas, “Morte cerebral e morte do homem: a recuperação da morte humana”, *Brotéria*, 150 (2000), p. 203.

A relação do outro com o corpo morto é alvo de respeito, enquanto corpo vivido, e de contemplação, nos ritos de velório e de cerimónias fúnebres. O corpo é depois enterrado ou cremado, como antecipação do total desaparecimento da dimensão corporal que caracteriza a pessoa humana, entendida agora como cadáver.

Contudo, a biomedicina veio desencadear um novo modo de relação com o cadáver humano, que passa a ser perspectivado como um valor essencial para a vida de outras pessoas e da sociedade em geral, nomeadamente, através da utilização das suas diferentes partes. O valor do cadáver destaca-se em especial no que se refere à sua utilização para fins científicos e de investigação, e para fins terapêuticos de transplantação.

No domínio específico das terapêuticas de transplantação, o cadáver representa actualmente a principal fonte de órgãos, contribuindo para que outras pessoas continuem a viver e/ou melhorem a sua qualidade de vida<sup>122</sup>. O cadáver humano é assumido, pois, como um valor terapêutico para a saúde dos doentes que aguardam por uma cirurgia de transplantação. A importância destacada do cadáver no âmbito das terapêuticas de transplantação traduz-se no número de transplantes que se efectuam com órgãos provenientes de dadores *post mortem*.

Contudo, o recurso ao cadáver humano para fins de transplantação exige o cumprimento de um conjunto de princípios éticos que visam salvaguardar o respeito por este enquanto corpo que foi vivido. No presente capítulo, procederemos a uma análise dos princípios éticos que legitimam a colheita de órgãos e tecidos e expressam o respeito pelo cadáver, pela pessoa que foi em vida. Em primeiro lugar, destacamos a enunciação

---

<sup>122</sup> Cf. Joaquim Pinto Machado, “A utilização do cadáver humano em medicina”, in *Bioética: questões em debate*, Publicações da Faculdade de Filosofia de Braga – Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2001, p. 119.

do critério de morte cerebral e estabelecimento de normas clínico-legais para a sua determinação. O critério de morte cerebral constitui uma etapa decisiva do ponto de vista técnico-científico para o aumento da disponibilização de órgãos provenientes de cadáveres para transplante. Neste contexto, importa destacar as implicações éticas suscitadas pelo critério de morte cerebral, atendendo ao enorme impacto que o seu estabelecimento proporcionou na medicina em particular e na sociedade em geral, no que se refere à compreensão da morte e à percepção sobre o morrer. Em segundo, analisamos o princípio de consentimento como manifestação da vontade da pessoa tomada em vida, em relação à doação de partes específicas do seu corpo para transplante. Aqui, é fundamental destacar as implicações éticas que se desencadeiam da passagem do modelo de consentimento informado para o modelo de consentimento presumido. Por último, debruçamo-nos sobre a relevância do princípio de confidencialidade sobre a identidade do cadáver no processo de doação, como salvaguarda da privacidade deste, assim como da sua família, em relação ao beneficiário do órgão doado.

### **1.1. Do acontecimento de morrer ao conceito de morte**

A reflexão sobre a natureza da morte é tão antiga como a reflexão sobre o sentido da existência da pessoa, condicionada pelos pólos opostos que são o princípio e o fim da vida humana. Aliás, o acontecimento de morrer e o conceito de morte determinam o fim da pessoa e encerram o processo individual e singular que cada uma representa. Mas, pese embora o morrer e a morte se referirem ao fim da vida humana, estas não se reportam ao mesmo instante, ao mesmo momento. Na expressão de Jorge Teixeira da Cunha, “é preciso distinguir entre o acontecimento humano de morrer e a verificação da

morte. Estas duas realidades têm mútuas implicações entre si, mas não são coincidentes. A primeira é muito mais ampla e nela entram componentes de ordem cultural, filosófica, religiosa. A segunda tem variado ao longo do tempo, conforme as possibilidades de verificação científica e técnica”<sup>123</sup>. O “morrer” é um processo, mais ou menos longo, que se associa aos momentos de vida que antecedem a própria morte da pessoa. A “morte” é o estado de ser sem vida, que acontece quando já não existe vida e por isso se considera que a pessoa está morta.

É essencialmente sobre a relação existente entre o acontecimento de morrer e a certificação da morte que nos iremos dedicar neste capítulo, analisando a evolução conceptual desta última na medicina em geral e o seu impacto na colheita de órgãos de cadáveres para transplantação em particular.

De um modo geral, a morte da pessoa pode ser entendida como a perda total e irreversível da unidade funcional do seu organismo. Contudo, esta definição coloca uma difícil questão que diz respeito ao facto de um organismo individual ser constituído por diferentes partes e, portanto, a morte de cada célula, cada tecido e cada órgão, ser um processo dinâmico e assíncrono. De acordo com R. Lucas Lucas, “o organismo vivo funciona como um todo, isto é, um *unum per se* segundo a expressão escolástica, no qual todas as funções são harmonizadas num sistema unitário. Por isso, um indivíduo pode considerar-se morto quando tiver perdido total e irreversivelmente a sua unidade interna, isto é a unidade orgânica na qual os seus órgãos, aparelhos e funções são integrados e auto-regulados. No ambiente médico é pacificamente reconhecido que a morte do organismo humano como um todo não coincide com a morte biológica de todo o

---

<sup>123</sup> Jorge Teixeira da Cunha, *Bioética breve*, Paulus Editora, Apelação, 2002, p. 35.

organismo”<sup>124</sup>. Esta questão tem suscitado um debate profundo sobre o conceito de morte a adoptar. Como distinguir entre a morte de um organismo e as diferentes partes que o compõem? Como determinar a morte no seu todo? E qual das partes condiciona o funcionamento de todas as outras?

Estas perguntas tiveram diferentes respostas ao longo dos tempos, e que dependeram dos conhecimentos sobre o corpo humano e do desenvolvimento da ciência e da técnica. A resposta, até há poucos anos, era simples: a cessação da actividade cardíaca e respiratória determinava a fronteira entre a vida e a morte e, a partir daí, a deterioração das estruturas orgânicas do ser humano era irreversível. Segundo Cristina Lima, “morria-se quando se dava «o último suspiro» e quando o coração deixava de bater; os testes utilizados no diagnóstico de morte, pela sua simplicidade, não levantavam problemas de ordem prática: palpar o pulso e auscultar o coração e os pulmões, ou tão somente segurar um espelho junto ao nariz para confirmar a ausência de respiração através da falta de condensação no espelho”<sup>125</sup>.

O aparecimento nos anos 50 de equipamentos capazes de manter as funções vitais do ser humano vieram possibilitar o prolongamento artificial da vida a doentes sem estímulo respiratório autónomo, adiando assim a sua morte. Esta evolução técnico-científica desencadeou um novo quadro clínico nas Unidades de Cuidados Intensivos, composto por doentes que apresentavam lesões cerebrais profundas e que se mantinham vivos por estarem ligados aos suportes vitais, como por exemplo, ao ventilador. No entanto, tais doentes estavam totalmente dependentes de meios artificiais para manterem a função cardio-respiratória. O facto de não ser possível mantê-los vivos com autonomia

---

<sup>124</sup> R. Lucas Lucas, “Morte cerebral e morte do homem: a recuperação da morte humana”, pp. 207-208.

<sup>125</sup> Cristina Lima, “Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos”, *Medicina Interna*, Vol. 12, 1 (2005), pp. 6-7.

em relação às máquinas veio suscitar novas considerações sobre o conceito de morte e questionar a operacionalidade do conceito tradicional de morte por paragem cardio-respiratória. As lesões cerebrais profundas e a sua irreversibilidade surgiam como o novo arquétipo que parecia identificar a morte do ser humano.

### **1.1.1. A emergência do conceito de morte cerebral e o seu impacto no mundo dos transplantes**

“Um cérebro morto num corpo cujo coração ainda bate é um dos resultados mais macabros da tecnologia moderna”<sup>126</sup> – afirmam os ingleses C. Pallis e D.H. Harvey, em 1996. Para explicitar o sentido desta afirmação, os autores acrescentam que “nos últimos 40 anos foram desenvolvidas técnicas que permitiram a ventilação (através do recurso a cada vez mais equipamento sofisticado), a circulação (através do uso de aminas de pressão), o suporte nutritivo (pela via intravenosa) e a eliminação dos produtos finais do metabolismo (através da diálise), de uma forma artificial, num corpo cujo cérebro cessou as suas funções irreversivelmente. Tais casos começaram a surgir naqueles países cujos cuidados intensivos alcançavam um determinado nível”<sup>127</sup>.

Com os avanços das biotecnologias médicas, os doentes sem estímulo respiratório por lesão do sistema nervoso, mantidos vivos através da ventilação mecânica, tornam-se cada vez mais numerosos. Estes casos geraram uma grande polémica no seio da comunidade médica e da sociedade em geral. Os doentes estavam clinicamente mortos, mas sem cumprirem o conceito clássico de morte por paragem cardíaca e respiratória, o que desencadeou um novo conceito de morte que se prendesse não com a actividade

---

<sup>126</sup> C. Pallis e D.H. Harley, *ABC of brainstem death*, BMJ Publishing Group, London, 1996, p. 1.

<sup>127</sup> *Ibid.*

cardio-respiratória mas com a lesão cerebral.

Wertheimer, Jouvét e Descotes, em 1959, designaram por “morte do sistema nervoso” o estado de doentes com danos cerebrais profundos e cujo coração continuava a bater por meios artificiais. Nesse mesmo ano, Mollaret e Goulon definiram como “coma ultrapassado” um estado que, tal como o nome indica, ultrapassava o tradicional coma profundo<sup>128</sup>.

Simultaneamente às técnicas de ventilação mecânica emergia uma intensa actividade de experimentação nos transplantes, a qual dependia da disponibilização de cadáveres para a obtenção de órgãos. Foi neste panorama que, em 1967, C. Barnard realizou o primeiro transplante de coração, quando as fronteiras entre a vida e a morte ainda não estavam definidas pela cessação das funções do cérebro, nem estavam definidas as normas clínico-legais para a sua determinação. O impacto provocado pela cirurgia experimental realizada por C. Barnard, antevendo a possibilidade de transformar em terapêutica clínica a colheita e transplantação do coração antes deste ter parado de bater, vieram reforçar ainda mais a necessidade de um conceito de morte que passasse pela irreversibilidade das funções do cérebro.

Assim, em 1968 foi criada a Comissão *ad hoc* da Escola Médica de Harvard, Estados Unidos, presidida pelo anestesista Henry Beecher e constituída por outros membros de formação diversa, como médicos, juristas, teólogos e sociólogos, com o objectivo de se estabelecer os critérios médicos que determinavam a morte cerebral. Em Agosto daquele ano, foram publicadas, no *Journal of American Medical Association*, as decisões normativas desta Comissão, que ficaram conhecidas por “Critérios de Harvard”.

---

<sup>128</sup> Cf. José Luis Escalante Cobo, “La definición de muerte”, in Javier Gafo (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1996, pp. 55-56.



Os “Critérios de Harvard” definiam a morte cerebral como um estado de “coma irreversível”, caracterizado pela ausência irreversível das funções cerebrais. O diagnóstico de morte cerebral reportava-se à morte de todo o encéfalo (cérebro e tronco cerebral) e exigia a ausência de actividade eléctrica confirmada por electroencefalograma (EEG). Aquela Comissão propôs que o designado “coma irreversível” fosse aceite como o novo conceito de morte, para além do já estabelecido conceito de morte por paragem cardíaca e respiratória<sup>129</sup>. De acordo com Jorge Cruz, “a publicação desta proposta inovadora de definição de morte procurava assim resolver alguns problemas práticos, nomeadamente a interrupção de tratamentos inúteis em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos, bem como a obtenção de órgãos em boas condições, provenientes de cadáveres humanos para realização de transplantes”<sup>130</sup>.

Em 1971, o conceito de morte cerebral sofreu uma nova evolução, com a publicação dos trabalhos dos neurocirurgiões Mohandas e Chou, de Minnesota, Estados Unidos. Os seus trabalhos ficaram conhecidos por “Critérios de Minnesota” e indicavam que, em doentes com lesões intracranianas de origem conhecida e irreversível, a lesão do tronco cerebral constituía o *point of no return*. Estes novos critérios estabeleciam que a morte cerebral consistia exclusivamente na morte do tronco cerebral e não na morte de todo o cérebro, conforme era defendido pelos “Critérios de Harvard”<sup>131</sup>. O EEG, obrigatório de acordo com os “Critérios de Harvard”, passou a ser facultativo para os de Minnesota.

O conceito de morte cerebral e o estabelecimento de normas clínicas para a sua determinação alargaram-se para além do contexto americano e estenderam-se para a

---

<sup>129</sup> Cf. *Ibid.*, pp. 56-57.

<sup>130</sup> Jorge Cruz, *Morte cerebral: do conceito à ética*, Climepsi Editores, Lisboa, 2004, pp. 30-31.

<sup>131</sup> Cf. José Luis Escalante Cobo, “La definición de muerte”, p. 56.

Europa. Em 1976, surgiu o “Código do Reino Unido” que veio corroborar as orientações dos “Critérios de Minnesota”. De acordo com o “Código do Reino Unido”, a cessação irreversível das funções do tronco cerebral constituía a morte cerebral. Após a morte do tronco cerebral seguia-se inevitavelmente a assistolia e morte somática. Três anos mais tarde, a mesma Comissão que redigira o “Código do Reino Unido” identificava a morte cerebral com a morte da pessoa, ainda que esta pudesse manter a função de alguns órgãos através de meios artificiais<sup>132</sup>. O “Código do Reino Unido” foi fulcral para a determinação da morte da pessoa por cessação irreversível das funções do tronco cerebral. Tal facto justifica-se na medida em que “os critérios de morte cerebral tinham, até então, um carácter essencialmente prognóstico, referindo-se a doentes críticos que não apresentavam esperança de recuperação. A partir de 1979, passaram a ter um carácter diagnóstico, ao permitirem afirmar que determinada pessoa, se estava em morte cerebral, encontrava-se, por conseguinte, clinicamente morta”<sup>133</sup>.

Em 1981, nos Estados Unidos, a “President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research” elaborou as “Guidelines for the determination of death”<sup>134</sup>. Neste documento foram considerados dois critérios de morte: cessação irreversível da função respiratória e circulatória e a cessação de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco cerebral. Prevvia-se que a morte fosse determinada, na grande maioria dos casos, por critérios cardio-pulmonares, mas também se reconhecia o critério de morte cerebral quando o doente apresentasse danos cerebrais irreversíveis. Neste contexto, a morte cerebral foi definida pela “cessação

---

<sup>132</sup> Cf. *Ibid.*, p. 57.

<sup>133</sup> Jorge Cruz, *Op. cit.*, pp. 33-34.

<sup>134</sup> President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research, “Guidelines for the determination of death”, *JAMA*, Vol. 246, 19 (1981): 2184-2186.

irreversível das funções do cérebro inteiro, incluindo o tronco”<sup>135</sup>. Os testes operativos que a certificavam eram a perda de função neurológica, pupilas não reactivas, ausência de movimentos oculares, EEG para confirmar a perda de função eléctrica e angiografia cerebral para comprovar a perda de irrigação sanguínea cerebral<sup>136</sup>. Este conceito foi adoptado por vários grupos de trabalho, nomeadamente pela “Task Force for the Determination of Brain Death in Children”, que se refere à determinação da morte cerebral em crianças.

Actualmente, o critério de morte de todo o encéfalo é subscrito por vários países, entre os quais a Espanha, os Estados Unidos e o Brasil. No entanto, alguns médicos neurologistas consideram que testes neurológicos que comprovam a cessação irreversível das funções de todo o cérebro apresentam resultados controversos, colocando em causa a operacionalidade do conceito. José Cobo, no seu artigo “La definición de muerte”, refere casos de doentes que, apesar de reunirem os critérios de morte cerebral de todo o encéfalo, mantêm a função endócrina do hipotálamo, o que significa a preservação da função cerebral<sup>137</sup>. O autor refere-se ainda a outros doentes que mantêm também actividade eléctrica cerebral verificada através do EEG. Diversos estudos vieram comprovar que cerca de 20% a 25% dos doentes com o diagnóstico de morte de todo o cérebro apresentavam actividade cerebral no EEG<sup>138</sup>.

A dificuldade verificada na determinação da morte pela cessação irreversível de todas as funções do cérebro levou ao reconhecimento jurídico do critério de morte cerebral por cessação irreversível das funções do tronco cerebral, prevendo a possibilidade de algumas porções do sistema nervoso central se manterem vivas. Este é o

---

<sup>135</sup> *Ibid.*, p. 2185.

<sup>136</sup> Cf. *Ibid.*, pp. 2185-2186.

<sup>137</sup> Cf. José Luis Escalante Cobo, “La definición de muerte”, p. 64.

<sup>138</sup> Cf. *Ibid.*, p. 65.

caso específico do Reino Unido e de Portugal. No nosso país, o critério de morte cerebral está regulamentado pela “Declaração da Ordem dos Médicos”, publicada em *Diário da República*, I Série, n.º 235, de 11 Outubro de 1994, onde consta que “a certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade”<sup>139</sup>.

O tronco cerebral é determinante para a morte da pessoa, dado ser o responsável pelas chamadas funções vegetativas, essenciais à manutenção da vida, nomeadamente, respiração, deglutição e regulação dos ciclos de sono e de vigília. Deste modo, a cessação irreversível das funções do tronco cerebral implica a morte da pessoa humana, que perdeu a consciência e a capacidade de respiração espontânea.

A execução das provas que determinam a morte cerebral por cessação irreversível das funções do tronco cerebral exige o conhecimento da causa do coma, assim como a irreversibilidade da situação clínica. Deve ser verificada ainda a ausência de actividade cerebral traduzida pela ausência de resposta motora e dos reflexos do tronco cerebral (reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo, reflexos oculocefálicos, reflexos oculovestibulares, reflexos corneopalpebrais e reflexo faríngeo). O teste da apneia é indispensável, de modo a confirmar a ausência de respiração espontânea<sup>140</sup>. O tempo de intervalo para a repetição dos testes deve ser adequado à situação clínica e à idade do doente<sup>141</sup>.

Conforme as orientações do “Código do Reino Unido”, a verificação da morte do tronco cerebral não exige o EEG. Este exame é irrelevante pois não vem demonstrar nenhum dado que não tenha sido verificado com as regras de semiologia. Com este novo

---

<sup>139</sup> Declaração da Ordem dos Médicos, prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, publicada em *Diário da República*, I Série B, n.º 235, de 11 Outubro de 1994.

<sup>140</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>141</sup> Cf. *Ibid.*

critério, a função cerebral verificada em alguns doentes através do EEG não coloca problemas conceptuais, tendo em conta que a actividade dos hemisférios cerebrais não está incluída no conceito de morte<sup>142</sup>.

O critério de morte de todo o encéfalo e o critério de morte do tronco cerebral são ambos subscritos nas legislações em vigor. Contudo, apesar das características de ordem conceptual que distinguem estes conceitos, na prática a execução das provas é bastante similar<sup>143</sup>. A principal diferença consiste nos doentes que apresentam actividade bioelétrica cerebral persistente verificada através do EEG. No entanto, “a persistência deste tipo de actividade cortical residual não é sinónimo de actividade «organizada e dirigida», já que se trata de uma actividade descoordenada, que desaparece em horas ou dias e que não leva a nenhuma interacção clínica com o meio”<sup>144</sup>.

O critério de morte cerebral é indubitavelmente relevante nas terapêuticas de transplantação uma vez que, sendo objectivo e aplicado com rigor, vem permitir a colheita de órgãos e tecidos sem o risco de violar a dignidade humana. Deste modo, a determinação da morte da pessoa por cessação das suas funções cerebrais e o facto desta estar ligada a um sistema de suporte vital possibilitam a colheita de órgãos em boas condições para transplante.

Com efeito, se, numa perspectiva médica, o cadáver humano pode ser entendido como um potencial dador de órgãos para transplantação, numa perspectiva da sociedade e do familiar, o cadáver é entendido como o corpo vivido da pessoa que, em vida, foi sujeito de direitos e deveres. Esta pessoa, integrada na comunidade, foi afectada por sentimentos e emoções na relação e interacção com o outro e, como tal, é alvo de atitudes

---

<sup>142</sup> Cf. José Luis Escalante Cobo, “La definición de muerte”, p. 66.

<sup>143</sup> Cf. Fernando Pita e Cátia Carmona, “Morte cerebral: do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo”, *Acta Médica Portuguesa*, 17 (2004), p. 74.

<sup>144</sup> José Luis Escalante Cobo, “La definición de muerte”, p. 70.

de respeito por parte daqueles com quem se relacionou.

Este aspecto é particularmente relevante uma vez que a morte cerebral é, do ponto de vista social e comunitário, uma matéria desconhecida, com a qual a maior parte das pessoas não está familiarizada nem esclarecida. O conceito de morte que ainda prevalece é o de paragem cardio-respiratória, o qual determina o fim da vida da pessoa e reconhece o estado físico de cadáver. A informação existente sobre o conceito de morte cerebral por parte da população em geral advém, muitas vezes, do conhecimento associado às terapêuticas de transplantação e, eventualmente, à colheita de órgãos em pessoas falecidas que fazem parte do seu núcleo relacional.

A morte da pessoa é sempre o encerramento de uma história pessoal e singular que se concretizou na relação com o outro. Perceber a morte do outro não é somente aceitar os conceitos e critérios médicos vigentes e legislados num determinado país. A percepção da morte humana ultrapassa o simples fenómeno biológico, penetrando na esfera pessoal e espiritual. Segundo Joseph Gevaert, “a morte humana não é somente a decomposição de um organismo vivente, mas a destruição de uma existência humana, a impossibilidade de expressar ulteriormente a vida pessoal no mundo, a impossibilidade de viver e de continuar as relações amorosas com as pessoas queridas”<sup>145</sup>.

Assim sendo, e atendendo à actualidade do conceito de morte cerebral na medicina e ao seu impacto na colheita de órgãos em cadáveres para transplante, torna-se importante esclarecer a opinião pública acerca do assunto. Tal esclarecimento deve assentar na informação relativa à validade e objectividade da aplicação do conceito de morte cerebral, elucidar, em última instância, para o facto desta corresponder à morte da pessoa humana.

---

<sup>145</sup> Joseph Gevaert, *Op. cit.*, p. 312.

A emergência do conceito de morte cerebral reflecte a consequência mais imediata do aparecimento de equipamentos capazes de substituir artificialmente as funções cardio-respiratórias, dos quais o ventilador se destaca como um dos mais importantes. Pese embora a sua conceptualização não estar directamente associada às terapêuticas de transplantação, a morte cerebral assume um enorme impacto nesta área, ao possibilitar a colheita de órgãos em boas condições para transplante. Importa todavia que a determinação da morte da pessoa por cessação das funções cerebrais seja esclarecida no seio da comunidade geral, que está particularmente sensibilizada e familiarizada com o conceito tradicional de morte por paragem cardio-respiratória.

### **1.1.2. A morte neocortical como proposta de um novo conceito de morte**

Nos últimos anos foram surgindo novas considerações sobre a morte cerebral, as quais se centram na perda irreversível das funções do neocórtex cerebral. O conceito de morte neocortical foi proposto pela primeira vez em 1971, pelo neurologista J.B. Brierley<sup>146</sup>.

Este conceito de morte cerebral consiste na perda irreversível da consciência, entendida como a função integradora do organismo e a estrutura essencial que caracteriza o ser humano. Neste contexto, a perda irreversível das funções corticais superiores, como a consciência e a cognição, torna-se o critério determinante da morte da pessoa.

Os defensores do conceito de morte neocortical consideram que não há nenhuma invenção tecnológica artificial que substitua o conteúdo da consciência, a qual é essencial

---

<sup>146</sup> Cf. Jorge Cruz, *Op. cit.*, p. 75.

para caracterizar o humano e estabelecer a interacção com o meio circundante. Pelo contrário, o funcionamento espontâneo das estruturas encefálicas que controlam as funções vegetativas pode ser substituído por meios mecânicos da tecnologia moderna<sup>147</sup>. A morte neocortical é considerada a morte social, uma vez que a pessoa deixa de ter experiência da sua singularidade, personalidade, memória, consciência e raciocínio.

Do ponto de vista médico, o critério de morte neocortical tem sido alvo de profundas críticas. As mais relevantes são as dificuldades existentes na localização da consciência no córtex cerebral e na avaliação objectiva do grau de consciência do doente<sup>148</sup>. Estas dificuldades tornam o critério de morte neocortical como algo impreciso e duvidoso para determinar efectivamente a morte da pessoa.

Para além das críticas científicas acima apontadas, a formulação do conceito de morte neocortical e a sua eventual adopção prática tem suscitado um intenso debate ético. Tal deve-se ao facto deste critério considerar como mortos os indivíduos que apresentam lesões neurológicas graves, independentemente do estado do tronco cerebral. Este é o caso concreto dos doentes em estado vegetativo persistente e dos recém-nascidos anencefálicos.

O doente em estado vegetativo persistente<sup>149</sup> é aquele que, após ter sofrido graves danos cerebrais, provocados por acidente, doença neurológica ou paragem cardíaca, não recupera a capacidade de conduta voluntária, nem a capacidade de interagir com o meio que o envolve. As lesões cerebrais que levam o doente ao estado vegetativo persistente atingem essencialmente os hemisférios cerebrais, pelo que as funções cognitivas e afectivas ficam danificadas. Por outro lado, as funções vegetativas, que dependem

---

<sup>147</sup> Cf. José Luis Escalante Cobo, “La definición de muerte”, p. 68.

<sup>148</sup> Cf. Cristina Lima, “Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos”, p. 9.

<sup>149</sup> O termo “estado vegetativo persistente” foi forjado pelos neurologistas B. Jennett e F. Plum, em 1972.



fundamentalmente do tronco cerebral, permanecem intactas. O doente tem batimento cardíaco e respiração autónomos. O conteúdo da consciência está ausente, ao passo que a capacidade da consciência está preservada<sup>150</sup>. Conforme descreve Jorge Cruz, “os doentes em estado vegetativo persistente têm padrões relativamente normais de vigília e de sono, podem abrir os olhos, respirar e deglutir espontaneamente e inclusive ter reacções de sobressalto perante ruídos intensos, mas perderam de forma temporária ou permanente a capacidade de pensarem e de agirem conscientemente”<sup>151</sup>.

Nestes casos concretos, se for aplicado o conceito de morte cerebral, de todo o encéfalo ou do tronco cerebral, os doentes em estado vegetativo persistente são considerados vivos, uma vez que possuem estruturas do sistema nervoso que conservam as funções vegetativas. Todavia, se nos confrontarmos com a possível adopção do critério de morte neocortical, verificaremos que estes doentes seriam considerados mortos, ainda que preservando o batimento cardíaco e a respiração autónomos. O que se torna eticamente relevante diante desta hipótese é o facto dos doentes em estado vegetativo persistente se tornarem potenciais dadores de órgãos para transplante.

Neste sentido, consideramos que a possibilidade de utilizar órgãos para transplante provenientes de doentes em estado vegetativo persistente é, do ponto de vista ético, inaceitável. Tal deve-se ao facto do próprio fundamento que sustenta este conceito de morte – perda irreversível da consciência – perspectivar a pessoa humana e a sua vida numa dimensão muito restrita. A capacidade de relação com o meio e com o outro não pode constituir o único critério que determina a vida e a morte da pessoa. De acordo com Cristina Lima, “com os corticalistas, ficamos a um passo da eugenia e de propostas selectivas. É perigoso dizer que a vida só deverá ser preservada quando constituir um

---

<sup>150</sup> Cf. José Luis Escalante Cobo, “La definición de muerte”, p. 68.

<sup>151</sup> Jorge Cruz, *Op. cit.*, p. 78.

veículo para a consciência e que apenas a consciência tem valor”<sup>152</sup>.

Para além dos doentes em estado vegetativo persistente, o caso dos recém-nascidos anencefálicos também se destaca como uma das grandes controvérsias suscitadas pela possível adopção do conceito de morte neocortical.

A anencefalia é uma má formação congénita que se desenvolve no primeiro mês de gestação e que se caracteriza pela ausência de porções do crânio e cérebro, em particular do córtex cerebral. Esta má formação conduz à morte do bebé, a qual ocorre muitas vezes durante o período de gestação. Cerca de 25% a 45% dos bebés nascem vivos, mas acabam por morrer geralmente nas primeiras 72 horas após o nascimento<sup>153</sup>.

A proposta de se aplicar o critério de morte neocortical nestes casos específicos, em que o recém-nascido está claramente condenado à morte, reflecte-se muito concretamente na colheita de órgãos para transplantação. Jorge Cruz considera que “esta situação levou alguns autores a proporem a utilização de órgãos oriundos de recém-nascidos com anencefalia, para transplantação das crianças mais pequenas, com base no conceito de morte neocortical”<sup>154</sup>.

São apontadas duas principais razões para a utilização de órgãos provenientes de crianças anencefálicas que nascem com vida. A primeira assenta na escassez de órgãos para transplante e que é ainda mais acentuada nos órgãos pediátricos; a segunda razão assenta no facto dos bebés anencefálicos não sentirem dor ou sofrimento, pelo que a colheita não lhes traria qualquer malefício ou prejuízo<sup>155</sup>.

A discussão ética da utilização de órgãos de bebés anencefálicos depende do critério de morte aplicado. De facto, se considerarmos o critério tradicional de morte

---

<sup>152</sup> Cristina Lima, “Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos”, p. 9.

<sup>153</sup> Cf. Jorge Cruz, *Op. cit.*, p. 84.

<sup>154</sup> *Ibid.*, p. 83.

<sup>155</sup> Cf. *Ibid.*, p. 84.

cerebral e, por conseguinte, a paragem cardio-respiratória, que ocorre poucas horas após o nascimento, a colheita de órgãos não é alvo de questionamento ético. Quando os pais são informados e autorizam a colheita, é aceitável que sejam implementadas medidas de suporte vital para posterior transplantação de órgãos. Cabe aos pais, como representantes legais de um ser que não possui capacidade de exercer a sua autonomia, dar consentimento para a colheita de órgãos.

Todavia, consideramos eticamente inaceitável que as necessidades relacionadas com os transplantes possam condicionar a aplicação do critério de morte neocortical aos recém-nascidos anencefálicos, antecipando a morte destes, para utilização dos seus órgãos. Apesar destes recém-nascidos estarem condicionados à morte, não é aceitável que o conceito de morte seja alterado. Estes doentes são sujeitos de direitos e não podem ser instrumentalizados como meros fornecedores de órgãos.

A morte neocortical é definida pela perda irreversível da consciência. Este critério de morte, apesar de ter sido proposto em 1971, não é reconhecido como determinação do fim da vida da pessoa. Para além das questões de natureza científica, este critério comporta críticas éticas muito acentuadas, nomeadamente pelo facto de se poder aplicar a pessoas que preservam as funções vegetativas de forma autónoma, sem meios de suporte vital. É o caso dos doentes em estado vegetativo persistente e recém-nascidos anencefálicos, que podem ser considerados mortos e potenciais fornecedores de órgãos para transplante.

## **1.2. A predominância da autonomia e da vontade para além da morte humana**

### **1.2.1. O modelo ético-jurídico de consentimento informado**

O consentimento informado é entendido nos dias de hoje como um procedimento ético-legal indispensável no exercício da medicina. Este requisito é amplamente divulgado pela primeira vez no Código de Nuremberga, de 1947, no rescaldo das atrocidades cometidas no holocausto dos judeus, perpetrado pelos nazis, durante a Segunda Guerra Mundial, e é acentuado pela Declaração de Helsínquia, na primeira versão que data de 1964 e nas revisões e actualizações que se seguiram. O consentimento informado começa por ser afirmado como uma exigência no âmbito da experimentação humana, alargando-se rapidamente à prática clínica em geral.

O consentimento informado fundamenta-se no princípio ético da autonomia, na preponderância da vontade da pessoa, salvaguardando a integridade e dignidade que lhe são intrínsecas. A sua emergência deve-se ao movimento dos direitos humanos e à reflexão bioética que consolidam os princípios da dignidade pessoal. Nas palavras de J. Pinto da Costa “o consentimento informado decorre do conceito fundamental dos direitos humanos, especialmente nos direitos de autodeterminação e da inviolabilidade baseada na integridade corporal”<sup>156</sup>.

De um modo geral, o consentimento informado é a expressão máxima da autonomia do doente em detrimento do paternalismo médico, dando voz à vontade do primeiro relativamente aos procedimentos clínicos aplicados no seu próprio corpo. Neste âmbito, o doente deixa de receber de um modo passivo referências do médico sobre o

---

<sup>156</sup> J. Pinto da Costa, “Interferência do consentimento informado no aspecto técnico-científico do exercício da medicina”, in *O consentimento informado. Actas do I Seminário promovido pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (30 a 31 de Março de 1992)*, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, Lisboa, 1995, p. 104.

melhor tratamento clínico para o seu corpo. O doente começa então a participar e a colaborar nas decisões referentes à sua saúde, apoiando-se na informação técnico-científica transmitida pelo médico.

No domínio específico dos transplantes e da doação *post mortem*, o consentimento é um imperativo ético-legal de relevante importância, a fim de salvaguardar a vontade do dador. É o que João Loureiro designa por “disposições feitas em vida, que produzem eficácia *post mortem*”<sup>157</sup>.

A história dos transplantes na sua fase experimental relata várias práticas actualmente inadmissíveis de acordo com os padrões éticos e jurídicos que regulam a prática médica dos nossos dias. No entanto, quando nos anos 80 a transplantação passou do domínio experimental para o domínio terapêutico, entendida como uma intervenção clínica de sucesso, a exigência do consentimento informado, como expressão máxima do princípio de autonomia que assiste a cada um em relação ao seu corpo, é já entendida como um requisito ético e jurídico incontornável para se proceder à colheita de órgãos em cadáveres.

No domínio específico da colheita *post mortem*, o consentimento informado consiste num processo de transmissão de informação sobre a decisão de doar órgãos após a morte e o impacto que esta doação poderá ter para salvar a vida de outras pessoas. Assim, é colocada a possibilidade aos cidadãos em geral de, uma vez falecidos, permitirem que lhes sejam retirados os órgãos para serem transplantados em doentes que deles necessitam para viver e/ou melhorarem a sua qualidade de vida. Na perspectiva de Queiroz e Melo “esse procedimento deverá ser uma opção individual, baseado nas crenças e valores de cada pessoa. Nesta situação, quem obtém o consentimento é a

---

<sup>157</sup> João Loureiro, *Transplantações: um olhar constitucional*, Coimbra Editora, Coimbra, 1995, p. 25.

sociedade, através da aplicação de regras que permitam esclarecer condutas para as colheitas de órgãos e tecidos após a morte”<sup>158</sup>.

Por outras palavras, cada pessoa, em vida, é chamada a dar o seu consentimento, de forma explícita, por escrito, e revogável a qualquer momento, para se tornar dadora *post mortem*. É exigida uma atitude positiva por parte do cidadão, na medida em que este exprime e permite a doação e colheita dos seus órgãos após a morte. Na prática, é o cidadão que contacta os serviços competentes nesta matéria no seu país e, de forma informada e voluntária, se propõe como potencial dador depois de falecido. A sua identificação entra então no sistema nacional de dadores e é-lhe atribuído um cartão de dador que o deve acompanhar sempre.

O regime ético-jurídico de consentimento informado – *opting in system* – foi o primeiro a ser implementado no domínio dos transplantes e é ainda o que vigora no Reino Unido, na Alemanha, e também nos Estados Unidos<sup>159</sup>.

Este modelo pode assumir duas expressões distintas: a do “consentimento informado restrito” e a do “consentimento informado alargado”. No primeiro caso, exige-se que o consentimento que legitima a colheita e a doação de órgãos *post mortem* tenha sido obtido em vida do agora falecido e potencial dador. Este é o mais restrito de todos os modelos existentes, uma vez que é exigida uma autorização expressa exclusivamente do dador em relação ao processo de doação. O principal valor que se destaca é o da autonomia da pessoa (entretanto falecida), e que não pode ser superada nem pela família, nem por qualquer outro órgão público. O potencial dador é o único que pode decidir livre e esclarecidamente sobre a possibilidade de lhe serem extraídos órgãos para transplante.

---

<sup>158</sup> João Queiroz e Melo, “Consentimento informado do receptor e do dador”, in Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), *Bioética*, Verbo, Lisboa, 1996, p. 292.

<sup>159</sup> Alberto Abadie e Sebastien Gay, “The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study”, *Journal of Health Economics*, 25 (2006), p. 619.

Na génese deste modelo está o respeito pela autonomia e a preocupação de salvaguardar a integridade do falecido no caso de não haver um documento que revele a sua vontade em relação à colheita de órgãos. Deste modo, garante-se a inviolabilidade do cadáver e de tudo o que este possa representar enquanto corpo vivido, bem como a garantia de que a colheita é efectuada em pessoas que, ao terem manifestado a sua decisão, estavam esclarecidas sobre o sentido da sua doação e sobre a utilização dos seus órgãos.

No entanto, o rigor do modelo de consentimento informado restrito, que visa sobretudo respeitar a decisão autónoma da pessoa, não favorece que todos os órgãos úteis para transplante sejam colhidos. Assim, verifica-se que nos países onde vigora este modelo a taxa de colheita *post mortem* é bastante reduzida. É o caso do Reino Unido, com uma taxa de colheita em cadáveres em 2005 de 10,7 p.m.p.<sup>160</sup> e em 2007 de 13,2 p.m.p.<sup>161</sup>. 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 órgãos<sup>162</sup>. É convicção generalizada que muitas pessoas que não têm qualquer objecção a tornar-se dadoras de órgãos *post mortem*, não tomam a iniciativa de o declararem em vida devido a circunstâncias muito variadas, tais como desconhecimento do local onde o fazerem, falta de tempo e dificuldade de perspectivarem a sua própria morte.

A crescente necessidade de órgãos suscitada pelo sucesso das terapêuticas de transplantação conduziu a uma maior flexibilidade do sistema ético-jurídico sobre a colheita em cadáveres. É neste contexto que se enquadra o designado consentimento

---

<sup>160</sup> Cf. Ariadna Sanz, Reginaldo C. Boni, Angelo Ghirardini, Alessandro Nanni Costa e Marti Manyalich, “IRODaT: 2005 donation and transplantation preliminary figures”, *Organs, Tissues and Cells*, 1 (2006), p. 10.

<sup>161</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, p. 4.

<sup>162</sup> V. English e A. Sommerville, “Presumed consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey?”, *Journal of Medical Ethics*, 29 (2003), p. 147.

informado alargado. Neste caso, permite-se que o consentimento para a colheita de órgãos *post mortem* seja obtido também junto dos familiares do falecido, desde que o falecido não se tenha pronunciado sobre a matéria em vida. O consentimento informado alargado permite efectivamente aumentar o número de colheitas em cadáver, passando a contabilizar aqueles que não se declararam dadores em vida, mas cujos familiares consideraram não existir objecções à doação.

O consentimento informado alargado é o que vigora nos Estados Unidos, tendo sido instituído pelo “Uniform Anatomical Gift Act”, de 1968 e revisto em 1987, como uma das condições para realizar a colheita de órgãos *post mortem*. Deste modo, “sempre que o falecido não haja expressamente proibido a dação dos órgãos, determinados familiares, segundo a prioridade estabelecida na Secção 3.<sup>a</sup> (cônjuge supérstite; filho maior; ambos os progenitores; um irmão ou irmã, igualmente maiores), podem autorizar a realização da mesma. O consentimento dado por um familiar pode ser retirado por qualquer outro familiar que integre a mesma classe, e será eficaz desde que comunicado ao cirurgião até à hora da extracção”<sup>163</sup>. Esta iniciativa permite um aumento significativo da colheita *post mortem*. Nos Estados Unidos, a taxa de colheita em cadáver foi de 25,5 p.m.p. em 2005<sup>164</sup> e de 26,6 p.m.p. em 2007<sup>165</sup>, isto é, bastante superior à do Reino Unido.

Não obstante o aumento das taxas de colheita, os valores são ainda claramente

---

<sup>163</sup> Paulo Nascimento, “Transplantes de órgãos humanos: a natureza do cadáver e dos órgãos e tecidos à luz do direito privado”, in Homenagem ao Professor Doutor André Gonçalves Pereira, Edição da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Coimbra Editora, Coimbra, 2006, p. 1036.

<sup>164</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2005, Newsletter Transplant”, Vol. 11, 1, 2006, p. 14, disponível em [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/2006\\_transplantNWSLTTR\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/2006_transplantNWSLTTR_en.pdf) e acedido a 27 de Fevereiro de 2008.

<sup>165</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, p. 14.



insuficientes para as necessidades, ou seja, para atender a todos os doentes que figuram nas listas de espera, aguardando por um órgão, sabendo-se que, de modo genérico, dois terços morrerão antes de serem transplantados. Esta dramática realidade impulsiona o delinear de novas estratégias que permitam aumentar o número de órgãos disponíveis para transplante. É neste contexto que surge o novo regime ético-jurídico de consentimento, o designado consentimento presumido que tem vindo a substituir o modelo de consentimento informado.

### **1.2.2. O modelo ético-jurídico de consentimento presumido**

O consentimento presumido (*opting out system*), também designado de oposição ou dissentimento, é o segundo modelo jurídico associado à colheita de órgãos em cadáveres para transplantação. Este modelo não é aplicado apenas no caso de doação *post mortem* para transplantação, mas também noutras raras situações em que a pessoa em causa não pode, por incapacidade mental ou situações de urgência, autorizar uma determinada prática clínica no seu próprio corpo<sup>166</sup>.

No domínio específico dos transplantes e de acordo com o modelo jurídico em análise, 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, que não autorizam a colheita dos seus órgãos uma vez falecidos, de modo a salvaguardar a sua integridade corporal. A sua identificação entra então num sistema nacional de não

---

<sup>166</sup> Alexandra Antunes, “Consentimento informado”, in Daniel Serrão e Rui Nunes (coord.), *Ética em cuidados de saúde*, Porto Editora, Porto, 1998, pp. 24-26.

dadores, o qual é obrigatoriamente consultado antes de qualquer colheita em cadáver. Se a pessoa em vida não se declarar não dadora, presume-se o seu consentimento e ela torna-se uma potencial dadora no caso de morte e dos seus órgãos estarem em boas condições para transplantação. A inscrição no registo de não dador de menores e incapazes é geralmente feita pelos seus representantes legais, tendo todavia em atenção os casos de menores que possuem capacidade de entendimento e manifestação de vontade.

De um modo geral 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, e o regime de consentimento presumido, ou *opting out system*, exige a rejeição explícita da pessoa da possibilidade de dar, sem o que se presume ser dadora.

É evidente que a passagem de um regime de consentimento informado para o de presumido potencializa exponencialmente o número de órgãos de cadáveres para transplante. Por isso, este último regime vem sendo adoptado por cada vez mais países, nomeadamente Espanha, França, Áustria e também Portugal. O caso espanhol destaca-se como um dos de maior sucesso no domínio da transplantação, com uma taxa de colheita em cadáveres de 31,0 p.m.p. em 1999<sup>167</sup>, de 35,1 p.m.p. em 2005<sup>168</sup> e 34,3 p.m.p. em 2007<sup>169</sup>. É evidente, porém, que este sucesso, que se reflecte muito significativamente no número de vidas salvas, não se fica a dever apenas ao regime de consentimento presumido. Este permite apenas haver um maior número de potenciais dadores disponíveis para transplantação em caso de morte. Para além do regime de consentimento

---

<sup>167</sup> Cf. M.A. Frutos, “Concienciación para la donación”, *Nefrologia*, Vol. XIX, 4 (1999), p. 288.

<sup>168</sup> Cf. Ariadna Sanz, Reginaldo C. Boni, Angelo Ghirardini, Alessandro Nanni Costa e Marti Manyalich, “IRODaT: 2005 donation and transplantation preliminary figures”, p. 10.

<sup>169</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, p. 14.

presumido, é importante existir uma 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 disponibilização da equipa cirúrgica. 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. 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 2007<sup>170</sup> e de 26,7 p.m.p. em 2008<sup>171</sup>.

Ao contrário do modelo do consentimento informado, que se reflecte num registo de todos os voluntários para a doação de órgãos *post mortem*, o modelo de consentimento presumido confere antes um registo de todos aqueles que se opõem à colheita e se assumem como não dadores. Em Portugal, a entidade responsável por esta informação é o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), 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*<sup>172</sup>. De acordo com Alexandra Antunes, o Registo Nacional de Não Dadores “funciona mais como um instrumento operativo do que como uma doutrina substantiva. Permite a expressão da vontade pessoal de oposição à transplantação”<sup>173</sup>. O número total

---

<sup>170</sup> Cf. Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, “Relatório estatístico de 2007”, p. 5, disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio2007.pdf> e acedido a 26 de Janeiro de 2008.

<sup>171</sup> Cf. Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, “Apresentação de dados da actividade de colheita e transplantação – 2008”.

<sup>172</sup> Cf. Decreto-Lei n.º 244/94, do Ministério da Saúde, publicado em *Diário da República*, a 26 de Setembro de 1994.

<sup>173</sup> Alexandra Antunes, “Consentimento informado”, p. 25.

de cidadãos inscritos no RENNDA, entre 1994 e 2008, foi de 37541, o que representa apenas 0,35% da população portuguesa<sup>174</sup>.

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. Se o cidadão não estiver informado que o Estado o considera um potencial dador no caso de não haver um documento que proíba a doação de órgãos, a colheita pode ser perspectivada como uma violação da integridade do seu corpo e violação de respeito para com o cadáver. Além disso, pode ser também perspectivada como uma violência psicológica para a família, quando esta for igualmente desconhecadora da lei e/ou esteja convicta da rejeição do falecido à colheita de órgãos. Um factor que pode contribuir para este risco é a especificidade das legislações que regulamentam as colheitas e os transplantes, colocando num domínio muito restrito a informação sobre práticas que ultrapassam a alçada da medicina e abrangem toda a esfera social. Pelo exposto, o Estado espanhol desenvolveu uma ampla campanha de divulgação do regime jurídico do consentimento presumido, 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 dadores<sup>175</sup>. De acordo com a perspectiva de M.A. Frutos “a sociedade tem o principal papel no tratamento com transplantes já que intervém na doação e recebe directamente o benefício do transplante”<sup>176</sup>.

Se, efectivamente, a legislação que institui o regime de consentimento presumido

---

<sup>174</sup> 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.

<sup>175</sup> Cf. M.A. Frutos, “Concienciación para la donación”, pp. 291-292.

<sup>176</sup> *Ibid.*, p. 291.

for acompanhada de uma vasta campanha de informação e sensibilização da sociedade para a bondade do acto e os benefícios dele decorrentes, em termos individuais e sociais, não se colocam objecções éticas pertinentes. A autonomia é salvaguardada uma vez que este modelo dá lugar à possibilidade da pessoa manifestar em vida a sua opção sobre a doação ou não doação de órgãos para transplante. Se o cidadão optar pela doação *post mortem* agiu de uma forma solidária e altruísta, permitindo a futura utilização dos seus órgãos para beneficiar outro cidadão vulnerabilizado por uma patologia que lhe pode ser fatal.

Por outro lado, se esta informação não for divulgada o acto é eticamente reprovável porque explora a situação de desconhecimento da lei e a colheita de órgãos converte-se de uma doação voluntária e altruísta numa apropriação abusiva e usurpadora dos direitos individuais. Assim sendo, cada Estado deve realizar campanhas de esclarecimento sobre o modelo de consentimento por que optou, e também de sensibilização dos cidadãos para a virtude de fazer dádiva de si, através da disponibilização de órgãos para transplantes.

Os direitos da família sobre o cadáver também são debatidos do ponto de vista ético, uma vez que não lhe é solicitada autorização, nem tão pouco uma opinião na matéria. A adopção de um modelo que presume a autorização do falecido quando não há oposição e prescinde totalmente da vontade dos familiares, reforça a necessidade de campanhas de esclarecimento sobre o consentimento presumido. 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. De acordo

com Manuel Abecasis, “a taxa de oposição familiar não é superior a 15%”<sup>177</sup>. Esta medida é tomada tendo em conta o desconhecimento da lei que regula a doação *post mortem* no nosso país e o facto de muitas pessoas não realizarem a sua inscrição no RENNDA por não saberem o local a onde se devem dirigir. O questionamento dos familiares no que se refere à colheita de órgãos na pessoa falecida, quando não é exigido por lei, representa uma medida de precaução para evitar a anulação dos direitos individuais.

O desafio que se enfrenta é o de suprimir a fatal discrepância entre o número de órgãos disponíveis e o número de pessoas que aguardam por um órgão para transplantação, respeitando integralmente a autonomia individual da pessoa e estimulando maximamente à prática da solidariedade social. 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.

### **1.3. A confidencialidade como protecção da identidade e privacidade do dador**

As terapêuticas de transplantação, para além de constituírem um procedimento técnico-científico de sucesso, representam uma forma inovadora da pessoa, uma vez falecida, poder contribuir com partes do seu corpo para salvar a vida de outra pessoa que carece de um transplante e se encontra fragilizada devido a uma patologia que lhe afecta de forma progressiva e/ou fatal o funcionamento de um determinado órgão.

---

<sup>177</sup> “Como é feita a colheita”, disponível em [http://dn.sapo.pt/2005/08/20/sociedade/como\\_e\\_feita\\_a\\_colheita.html](http://dn.sapo.pt/2005/08/20/sociedade/como_e_feita_a_colheita.html) e acedido a 20 de Janeiro de 2008.

Este processo de doação é mediado pelas equipas de saúde que realizam a colheita do órgão do corpo do dador e o transplantam no corpo do receptor. As equipas têm acesso aos dados pessoais do falecido, pela necessidade de consultar o registo de dadores ou não dadores, e verificar se pode ser ou não efectuada a colheita. As equipas têm ainda acesso à identidade do receptor e a toda a sua história clínica que é indispensável para garantir o sucesso do transplante. As informações referentes a dadores e receptores são particulares e de mais alta privacidade.

A informação particular dos doentes no domínio da prestação de cuidados de saúde é salvaguardada pelo princípio ético-jurídico da confidencialidade, entendida como um dever de fidelidade do profissional para com a pessoa doente e de respeito em relação à vida íntima e privada deste último. Tal como afirma Queiroz e Melo “a confidencialidade é um valor básico da relação médico/doente, subjacente à procura que o doente faz do médico. Ao consultá-lo está implícito um acto de entrega de uma parte da sua intimidade e é aceite como pressuposto que nada do que é dito ou observado, pode ou deve ser divulgado pelo médico”<sup>178</sup>.

A confidencialidade é um dos princípios estruturantes da profissão médica, instituído pelo Juramento de Hipócrates (460-377 a.C.), na expressão “tudo o que vir e ouvir no exercício da minha profissão e no comércio da vida comum e que não deva ser divulgado conservar-se-á como segredo”<sup>179</sup>. O mesmo princípio é reforçado no Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial, de 1949, como “o médico deverá preservar absoluta confidencialidade sobre todos os factos relativos ao seu doente,

---

<sup>178</sup> João Queiroz e Melo, “Confidencialidade nas terapêuticas de transplantação” in Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), *Bioética*, Verbo, Lisboa, 1996, p. 296.

<sup>179</sup> J.A. Esperança Pina, *A responsabilidade dos médicos*, Lidel, Lisboa, 2002, 3.<sup>a</sup> edição, revista e aumentada, p. 5.

mesmo após a morte dele”<sup>180</sup>.

Inicialmente proposto apenas no exercício da profissão médica, o princípio de confidencialidade depressa se alargou às restantes profissões de saúde, estando hoje consagrado na maioria dos documentos ético-jurídicos que regulam a prática clínica. A confidencialidade é a obrigatoriedade moral, deontológica e jurídica de manter em segredo – sigilo profissional – os dados clínicos do doente e outros aspectos da sua vida privada, salvaguardando assim a sua intimidade. Reportemo-nos em particular à “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”, da UNESCO, com data de 2005, e que dedica o seu artigo 9.º à “vida privada e confidencialidade”. Neste artigo é considerado que “a vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade das informações que lhes dizem pessoalmente respeito devem ser respeitadas. Tanto quanto possível, tais informações não devem ser utilizadas ou difundidas para outros fins que não aqueles para que foram coligidos ou consentidos, e devem estar em conformidade com o direito internacional, e nomeadamente com o direito internacional relativo aos direitos humanos”<sup>181</sup>. A selecção deste documento tem por objectivo reforçar o impacto que a confidencialidade, aqui entendida como um princípio da bioética, assume na protecção da pessoa e dos seus direitos fundamentais face às aplicações biotecnológicas (medicina, ciências da vida e tecnologias).

No domínio específico dos transplantes, a confidencialidade é também indispensável, destacando-se como um dos princípios fundamentais da regulação portuguesa sobre transplantes, contemplado na recente Lei n.º 22/2007, de 29 de Julho, que transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento

---

<sup>180</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>181</sup> UNESCO, “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”, artigo 9.º, disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf> e acedido a 20 de Dezembro de 2008.



Europeu e do Conselho, e que altera a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril. Aqui, o princípio da confidencialidade aparece no artigo 4.º com a seguinte redacção: “salvo o consentimento de quem de direito, é proibido revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido”<sup>182</sup>.

Neste contexto, a confidencialidade é o princípio que salvaguarda a privacidade do dador *post mortem*, começando desde logo por tornar anónima a sua identidade. Esta medida é expressão de respeito pela pessoa que foi em vida, protegendo a sua privacidade e toda a dimensão existencial e vivencial que o cadáver representa.

Durante a fase experimental dos transplantes foi difícil manter confidencial a identidade do dador para o receptor e destes dois para a sociedade em geral. Basta recordarmos, por exemplo, o primeiro transplante de coração, realizado em África do Sul em 1967, por C. Barnard, em que a dadora foi Danise Darvall e o receptor Louis Washkansky, e que ficaram conhecidos por todo o mundo e para sempre associados a uma das práticas experimentais mais marcantes da medicina do século XX.

No entanto, a passagem do domínio experimental para o domínio terapêutico dos transplantes trouxe novas exigências ético-legais que estão associadas ao respeito pela integridade e dignidade da pessoa, e aos seus direitos fundamentais. O primeiro princípio é o do consentimento, como expressão máxima da autonomia do dador manifestada em vida, e conforme nos ocupámos no capítulo anterior. O segundo princípio é o da confidencialidade, como expressão de respeito pela vida privada e pela pessoa que foi *ante mortem*.

A exigência de confidencialidade, que assenta num princípio teórico do direito à privacidade, consiste na prática em proteger a identidade do dador *post mortem* em

---

<sup>182</sup> Cf. Lei n.º 22/2007, da Assembleia da República, publicada em *Diário da República*, I Série, a 29 de Junho de 2007, Capítulo I, artigo 4.º.

relação ao receptor, assim como a do receptor em relação à família do dador. Deste modo, a relação entre dador e receptor deve assentar no anonimato, estabelecido pela confidencialidade das respectivas identidades e preservando a vida privada que foi no passado a do dador e aquela que é a do receptor. O não cumprimento deste princípio conduz-nos a uma reflexão ética sobre as repercussões que a revelação da identidade do dador poderá desencadear na vida do receptor e na família do dador.

Em primeiro lugar, a reflexão ética centra-se na identificação do receptor por parte da família do dador. A possibilidade da família do dador saber quem é o receptor poderá gerar sentimentos contraditórios, transferência de emoções e afectividade de consequência imponderável. Relembremos que a maior parte dos dadores são jovens que morrem em acidentes diversos e que deixam nos seus pais, irmãos, cônjuges e outros amigos, sentimentos de revolta e de uma saudade incontornável. A identificação do beneficiário do órgão poderá desencadear uma compensação emocional para ter mais próximo a pessoa que se perdeu, procurando semelhanças na personalidade e confundindo a identidade daquele com a do falecido. Identificar o receptor do órgão de alguém que faleceu poderá significar, para aquele que sofre esta morte, uma forma (negativa) de perpetuar a existência da pessoa falecida, dificultando ainda mais a aceitação do seu desaparecimento e gerando uma enorme pressão sobre o receptor<sup>183</sup>.

Em segundo lugar, a reflexão ética assenta na importância do beneficiário não ter conhecimento da identidade do dador. É considerado que “para o receptor do transplante representaria um pesado ónus saber o nome, as características, as condições da morte, as ligações afectivas, as preferências, etc., do dador. Uma ligação fantasmagórica entre o dador e o receptor poderia ter consequências psicológicas sérias e atingir o próprio

---

<sup>183</sup> Cf. João Queiroz e Melo, “Confidencialidade nas terapêuticas de transplantação” p. 297.

equilíbrio familiar do receptor, particularmente no caso do transplante cardíaco, dada a carga simbólica que se atribui a esta víscera”<sup>184</sup>. De facto, a transplantação de órgãos entre indivíduos de sexo ou cor da pele diferentes é irrelevante do ponto de vista técnico. Todavia, estes elementos poderão desencadear reacções afectivas e psicológicas por parte do receptor, questionando-se acerca do modo de vida que foi levado pelo dador do órgão.

A confidencialidade deve ser salvaguardada em qualquer uma das situações anteriormente expostas, ou seja, do conhecimento da identidade do receptor pela família do dador e do conhecimento da identidade do dador pelo receptor. A confidencialidade, que assenta no princípio da privacidade ou vida privada, reflecte-se no respeito pela identidade do dador *post mortem* e de tudo o que ele representou efectivamente em vida. Garantir a confidencialidade em nada implica a diminuição do número de dadores *post mortem* disponíveis para transplante, nem tão pouco afecta a intenção do cidadão em geral se vir a inscrever no registo de dadores ou não dadores. Pelo contrário. É possível que a garantia da anonimização estimule o cidadão para a opção de ser dador em caso de morte, uma vez que a família fica protegida de transtornos emocionais ou da transferência de sentimentos e afectos para o potencial receptor.

---

<sup>184</sup> M. Patrão Neves e Walter Osswald, *Bioética simples*, Verbo, Lisboa, 2007, p. 156.

## **2. DADORES VIVOS: A INTEGRIDADE DO CORPO E A DOAÇÃO DAS SUAS PARTES**

### **2.1. Da colheita em cadáveres à admissibilidade da doação em vida**

A discrepância literalmente fatal que caracteriza o mundo da transplantação impulsiona o delinear de novas estratégias que possibilitem aumentar o número de órgãos e, assim, também o número de vidas salvas. Deste modo, a via que se prossegue para combater a escassez de órgãos para transplante, com melhores resultados a curto prazo, continua a ser o alargamento do domínio possível para a sua colheita.

Nas últimas décadas a principal fonte para obtenção de órgãos tem sido o cadáver, cuja orientação do plano de acção para aumentar as colheitas se centrou numa alteração do paradigma jurídico de consentimento. O modelo de consentimento informado, inicialmente proposto para a colheita *post mortem*, tem vindo a ser substituído pelo modelo de consentimento presumido, uma vez que este último demonstra uma taxa de doação maior e mais eficaz às necessidades dos transplantes. No entanto, é verdade que recorrendo apenas a órgãos de cadáveres o seu número para transplantação mantém-se muito escasso.

Os cadáveres cujos órgãos se encontram em boas condições para colheita e transplante são poucos. Por um lado, muitas mortes verificam-se por doença e/ou ocorrem em pessoas já idosas, pelo que os seus órgãos não são clinicamente indicados para transplante. Por outro lado, as mortes por acidente, frequentes entre jovens, não permitem uma colheita atempada do órgão, isto é, antes deste se começar a deteriorar. Pelas razões expostas, a maioria dos órgãos acaba por não ser utilizada para transplante.

Mesmo depois da grande revolução de natureza científica, na aquisição da capacidade de determinação da morte cerebral, continua-se a verificar um reduzido

número de colheitas em cadáveres. O facto de não se efectuarem mais colheitas está relacionado com a dificuldade em determinar atempadamente a morte cerebral do dador, com o célere contacto com o melhor receptor para aquele órgão e também com a disponibilização da equipa cirúrgica.

Apesar dos esforços realizados, o número de doentes que aguarda por um transplante continua a ser muito superior aos órgãos disponíveis para transplantação provenientes de cadáveres. Estima-se, por exemplo, que nas sociedades europeias morram 10 doentes por dia enquanto aguardam por um órgão<sup>185</sup>. Como tal, a estratégia com potencialidades para atenuar a escassez de órgãos para transplantação é a de ampliação do domínio possível da colheita através do seu alargamento à doação em vida.

A possibilidade de colheita de órgãos em vida não é absolutamente inédita, pois sabe-se que, na fase experimental dos transplantes, se recorria a dadores vivos. Basta recordarmos que as primeiras experiências de transplante de rim na década de 50, então consideradas com algum sucesso, eram realizadas entre gémeos univitelinos, ambos vivos. Não obstante, a expectativa de sobrevivência do receptor contava-se em semanas e o dador corria também sério risco de vida, pelo que esta intervenção não tinha valor terapêutico. Pelo exposto, 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, uma vez que a colheita, autorizada pelo próprio em vida ou por ocasião do seu falecimento por familiares, não implicava qualquer prejuízo. Os

---

<sup>185</sup> Cf. Comissão Europeia, “Organ donation and transplantation: policy actions at EU level”, Brussels, 30.05.2007, p. 3, disponível em [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/human\\_substance/documents/organs\\_com\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/documents/organs_com_en.pdf) e acedido a 19 de Junho de 2008.

potenciais prejuízos em caso de insucesso da cirurgia centravam-se apenas no receptor que, encontrando-se na iminência de morrer na ausência de um transplante, teria sempre benefício em ser transplantado.

O plano de acção delineado para aumentar o número de órgãos consistiu numa alteração do paradigma moral orientador das práticas de transplantação, tornando permissível a colheita e doação entre pessoas vivas. Deste modo, da colheita exclusiva em cadáver passa-se para a possibilidade de doação e transplantação em vida de órgãos duplos ou regeneráveis.

O modelo inicialmente proposto para a colheita e doação em vida foi o da relação familiar por consanguinidade. No entanto, nos últimos anos, a acentuada escassez de órgãos tem justificado a tendência de alargar a doação a familiares sem relação de sangue e ainda outros voluntários que manifestem vontade em doar parte de si.

Os órgãos mais frequentemente transplantados são o rim, por ser um órgão par e o organismo poder manter o seu funcionamento normal com apenas um, e o fígado, por se regenerar e retomar o seu tamanho e funções normais. Destaca-se ainda a doação de tecidos, como a medula óssea, muito frequente em situações em que o doente sofre de leucemia e o transplante representa o melhor tratamento. Aplica-se ainda noutros casos como, por exemplo, a recuperação de doentes sujeitos a quimioterapia. A doação de órgãos vitais que implicasse a morte do dador, como o coração, é absolutamente proibida.

Na Europa, de um modo geral, a doação em vida representa cerca de 17% dos transplantes de rim e 5% dos de fígado<sup>186</sup>. Nos Estados Unidos, a doação em vida é muito

---

<sup>186</sup> Cf. *Ibid.*, p. 6.

relevante, tendo representado, em 2004, 41,5% do total de transplantes de rins<sup>187</sup> e, em 2007, 36,3%<sup>188</sup>.

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 é geralmente muito demorada. No caso do 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, com alguns transplantes de medula óssea, o recurso ao dador vivo é frequentemente decisivo, pois, regra geral, são os irmãos do doente os que reúnem as melhores condições para a doação.

Do ponto de vista ético, o alargamento da colheita de órgãos em dadores vivos coloca algumas questões pertinentes. No contexto da relação familiar, a questão ética mais importante refere-se ao carácter voluntário da doação e à autonomia pessoal que fundamenta o consentimento informado, e que deve ser livre de qualquer coacção ou pressão por parte dos outros membros da família. Em segundo lugar, importa salientar que a colheita em menores e incapazes representa uma singularidade no domínio da doação em vida entre familiares, atendendo à sua vulnerabilidade e autonomia diminuída da capacidade de decidir sobre o seu próprio corpo. Por fim, a última questão ética pertinente prende-se com o alargamento da colheita em vida a todos os voluntários que queiram fazer dádiva de si, observando com maior acuidade o princípio da gratuidade e

---

<sup>187</sup> Informação do National Kidney Foundation, “25 facts about organ donation and transplantation”, disponível em <http://www.kidney.org/news/newsroom/fsitem.cfm?id=30> e acedida a 12 de Agosto de 2007.

<sup>188</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, p. 27.

a possibilidade de comercialização e tráfico de órgãos.

## **2.2. O paradigma da relação familiar**

A relação familiar é o critério inicialmente proposto para legitimar a doação de órgãos e tecidos em vida. Este critério deve-se, primeiramente, a razões de ordem médica, cujo objectivo é minimizar o risco de rejeição que possa existir; posteriormente, por razões de ordem moral, uma vez que a família é o lugar onde melhor se desenvolvem sentimentos e afectividades que possam garantir a gratuidade da dádiva, evitando qualquer intenção comercial. Por outras palavras, a relação afectiva que caracteriza geralmente o agregado familiar é perspectivada como um factor determinante para uma doação altruísta e solidária em que um membro da família dá literalmente parte de si, de modo não só voluntário mas mesmo desejado, para salvar ou contribuir para o bem-estar de um outro membro da família.

Neste contexto, a legislação dos vários países que regula a transplantação de órgãos e tecidos prevê a doação em vida. Destacamos a “Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”, do Conselho da Europa, apresentada para assinatura em Oviedo, em 1997. Este documento constitui um marco fundamental para o direito comum europeu no sentido de estabelecer o equilíbrio e o consenso diante do pluralismo ético, jurídico e cultural dos diversos países da Europa, no que se refere à aplicação da Biomedicina ao homem. Esta “Convenção” foi ratificada e promulgada em Portugal em 2001, sendo hoje parte integrante da legislação nacional<sup>189</sup>. Destacamos ainda o

---

<sup>189</sup> “Convenção para a protecção dos Direitos do Homem e a Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”, publicada em *Diário da República*, I Série A, n.º 2, de 3 de Janeiro de 2007.



“Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, elaborado em 2002<sup>190</sup>.

A doação em vida é referida nestes documentos como um recurso excepcional que só é viável quando não existe um órgão proveniente de cadáver disponível para aquele receptor e quando não existe outro método terapêutico de eficácia comparável ao transplante. Além do mais, importa ainda assegurar, através de uma correcta avaliação dos riscos, que a doação não provocará a morte ou problemas de saúde graves e irreversíveis nos dadores<sup>191</sup>.

No caso específico da legislação portuguesa, a admissibilidade da doação em vida é estabelecida pela primeira vez na Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, que esteve em vigor até Junho de 2007<sup>192</sup>. De acordo com a redacção do artigo 6.º desta Lei:

“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”<sup>193</sup>.

A doação em vida, que representa uma lesão à integridade corporal do dador, só se pode realizar quando este tiver prestado o seu consentimento. O consentimento informado, entendido como expressão da pessoa em relação ao seu corpo, é o requisito fundamental sobre o qual deve assentar a doação altruísta e solidária, voluntária e gratuita de órgãos e tecidos. Tal como é referido no “Protocolo adicional à Convenção

---

<sup>190</sup> O “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana” está publicado em *A Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina Revisitada, Revista Portuguesa de Bioética*, Suplemento 1 (2007).

<sup>191</sup> Cf. “Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”, Capítulo VI, artigo 19.º; e “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, Capítulo III, artigo 9.º e artigo 11.º.

<sup>192</sup> Publicada em *Diário da República*, I Série A, n.º 94, de 22 de Abril de 1993.

<sup>193</sup> *Ibid.*, Capítulo II, artigo 6.º.

sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, no seu artigo 13.º, acerca do consentimento do dador:

“Sem prejuízo do disposto nos artigos 14.º e 15.º do presente Protocolo, a colheita de qualquer órgão ou tecido só poderá ser feita num dador vivo se a pessoa em causa tiver dado o seu consentimento livre, esclarecido e inequívoco, por escrito ou perante uma entidade oficial.

A pessoa em causa poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento”<sup>194</sup>.

O facto da doação se realizar em vida do dador e entre familiares apontaria para o cumprimento destes parâmetros e, portanto, para uma diminuição da pertinência do questionamento ético, garantindo um consentimento actualizado e uma motivação moralmente sólida. No entanto, é precisamente neste contexto emotivo que alguns graves problemas éticos 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 filho doente desse mesmo casal, como, por exemplo, uma criança dadora de medula óssea ao irmão mais velho que sofre de leucemia e cujo consentimento é dado pelos pais; por fim, a colheita de tecidos numa pessoa com deficiência mental, autorizada pelo seu tutor, que geralmente é um irmão, e para benefício do próprio.

Neste contexto, as questões éticas mais importantes referem-se ao carácter autenticamente voluntário da dádiva e ao modo como foi obtido o consentimento informado do dador. De facto, tal como refere João Queiroz e Melo, “encontramo-nos, pois, numa situação clínica em que o objecto do acto cirúrgico é um indivíduo são. O

---

<sup>194</sup> “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, Capítulo III, artigo 13.º.

primeiro cuidado é verificar-se a liberdade com que foi tomada a deliberação de doação. Os obstáculos a essa liberdade, por causas financeiras, de coacção ou pressão psicológica, deverão ser cuidadosamente avaliados. Após ter excluído esses factores, deve-se explicar as consequências da extirpação de um órgão, dispensável sim, mas com um potencial de reserva de saúde que não se pode escamotear”<sup>195</sup>.

A coacção sob qualquer forma que possa assumir – psicológica, social, afectiva ou outra – afecta indelevelmente o carácter voluntário que deve presidir a toda e qualquer doação, cuja exigência se acentua particularmente quando a doação é em vida. Deste modo, é importante que os familiares de um candidato a transplante possam expor livremente à equipa de saúde a sua posição relativamente à potencial doação. É neste sentido que os princípios de confidencialidade e privacidade assumem um papel preponderante na protecção da autonomia e da vontade do potencial dador. No caso de haver compatibilidade entre o doente e um determinado familiar e este último manifeste relutância em doar o órgão, é fundamental que o médico responsável pelo processo clínico não autorize a colheita. A doação efectuada sob pressão é entendida como uma mutilação, uma lesão à integridade do dador que, contra a sua vontade, autorizou a extirpação de um órgão.

Se, efectivamente, for salvaguardado o princípio da autonomia da pessoa e a doação for consentida de forma livre, esclarecida e gratuita, então não se colocam questões éticas pertinentes. Se, pelo contrário, o dador for forçado a doar um órgão pela pressão familiar ou social, então há uma manipulação da vontade da pessoa em relação ao benefício de outrem.

É ainda no contexto da vontade e da autonomia do dador que se coloca a questão

---

<sup>195</sup> João Queiroz e Melo, “Consentimento informado do receptor e do dador”, p. 294.

relacionada com a colheita de órgãos e tecidos em pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento, nomeadamente menores e incapazes com deficiência mental. Estes são casos singulares que merecem uma protecção especial, presente na maior parte da documentação ético-jurídica que regula as práticas de transplantação, salvaguardando a integridade corporal daqueles que não estão aptos a exercer a sua autonomia individual. Esta protecção especial é consagrada na “Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”, no artigo 20.º do Capítulo VI, bem como no “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, no artigo 14.º do Capítulo III.

Neste último documento, que aliás explicita o artigo 20.º da “Convenção” sobre a “protecção das pessoas incapazes de consentir na recolha do órgão”, considera-se que as pessoas que não estão aptas a prestar o seu consentimento não podem ser dadoras, sendo-lhes interdita a colheita de órgãos ou tecidos. Conforme se estabelece no texto do “Protocolo”:

“1. Nenhuma colheita de órgão ou tecido poderá ser efectuada numa pessoa que careça de capacidade de dar o seu consentimento nos termos do artigo 13.º do presente Protocolo”<sup>196</sup>.

O principal objectivo deste parágrafo é garantir a mais ampla protecção de pessoas vulneráveis na sua autonomia e na expressão da vontade em relação ao seu próprio corpo. Não obstante, o “Protocolo” admite excepções no que se refere à colheita de tecidos regeneráveis nas pessoas incapazes de prestar o seu consentimento. Tal excepção só pode ser realizada mediante condições especiais que, no “Protocolo”, são descritas com a seguinte redacção:

---

<sup>196</sup> “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, Capítulo III, artigo 14.º.

- “i. não existir dador compatível disponível com capacidade para dar o seu consentimento;
- ii. o receptor ser irmão ou irmã do dador;
- iii. a doação ter por objectivo a preservação da vida do receptor;
- iv. a autorização do representante do receptor ou de uma autoridade, pessoa ou entidade prevista na lei tiver sido inequivocamente dada por escrito e tiver recebido aprovação do organismo competente;
- v. não existir oposição a tal pelo potencial dador”<sup>197</sup>.

A excepção prevista para a colheita de tecido regenerável em pessoas incapazes de prestar o seu consentimento visa sobretudo a possibilidade de realizar transplantes de medula óssea. De acordo com a avaliação dos riscos e benefícios, é menos prejudicial realizar, no dador, a colheita de um tecido que se regenera e que apresenta compatibilidade com o doente, do que perder efectivamente a vida daquele doente.

Esta disposição ético-legal estabelece um conjunto de requisitos bastante exigentes que visam, por um lado, salvaguardar a integridade de pessoas incapazes de prestar o seu consentimento livre e informado e, por outro, potencializar a sobrevivência de doentes cuja vida está dependente de um transplante.

Parece-nos relevante que a doação de tecido regenerável de pessoas sem capacidade de consentir seja admissível exclusivamente no contexto familiar, entre irmãos, sendo ainda salvaguardada a hipótese do potencial dador se manifestar contra a colheita. Do ponto de vista técnico, a compatibilidade genética que pode existir entre irmãos oferece mais hipóteses de sucesso. No entanto, do ponto de vista ético “a possibilidade de ordem afectiva persiste. Tal poderá acontecer, nomeadamente, se o

---

<sup>197</sup> *Ibid.*

potencial beneficiário for um filho muito especialmente querido e o potencial dador um filho menos estimado”<sup>198</sup>.

A alteração do paradigma da doação de órgãos para transplante, centrada primeiramente no cadáver e depois alargada para o dador vivo no contexto familiar, não trouxe solução a todos os doentes que aguardam em lista de espera, pelo que houve a necessidade de avançar para novas soluções, mais radicais, que aumentassem o número de órgãos disponíveis. Estas soluções suscitam novos desafios que vão para além do núcleo familiar e se estendem à vida em sociedade, a saber, o alargamento da doação em vida a todos os voluntários que queiram fazer dádiva de si a outro cidadão que careça de um órgão para transplante.

### **2.3. Alargamento da doação em vida a voluntários**

A doação em vida abre-se agora a um novo plano de acção para aumentar o número de órgãos disponíveis para transplantação: o alargamento da doação não só a familiares, mas a todos os voluntários. Por outras palavras, assistimos hoje em muitos países, nomeadamente nos europeus, à possibilidade da doação em vida deixar de estar restrita a familiares e passar a ser admissível a voluntários que mantenham uma “relação pessoal próxima” com o doente<sup>199</sup>.

Esta nova possibilidade traduz uma mudança social muito significativa no paradigma da doação em vida, na medida em que uma pessoa pode agora proceder à

---

<sup>198</sup> Joaquim Pinto Machado, “Capítulo VI – Colheita de órgãos e tecidos de dadores vivos para fins de transplante”, in *Direitos do homem e biomedicina*, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2003, p. 126.

<sup>199</sup> “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, Capítulo III, artigo 10.º.

dádiva de um órgão duplo ou de um órgão regenerável para salvar a vida ou restaurar a saúde de outra pessoa com quem tenha uma estreita relação afectiva e não consanguínea, fazendo-o a título gratuito e sem benefício próprio previsível.

Se, até recentemente, a doação 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. Instala-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 componentes do corpo humano, nomeadamente células e tecidos. Desde há muito que se fazem campanhas regulares de recolha de sangue entre a população e se incentiva os cidadãos a tornarem-se dadores de sangue. Este é um meio importante para a constituição de bancos de sangue permanentemente necessários para acudir às necessidades constantes de pessoas doentes.

No que se refere à doação de tecidos, ganha destaque a constituição de bases de dados relativas a dadores de medula óssea. Estas bases são de importância vital tendo em conta a enorme dificuldade que existe em encontrar um dador com antígenos HLA compatíveis com os da pessoa doente. A existência de bases de dados com um número extenso de pessoas inscritas para possível doação de medula óssea aumenta as probabilidades de se encontrar um dador compatível para as necessidades dos doentes. Neste âmbito, verifica-se uma partilha de informações no plano internacional, tendo em vista potencializar a identificação do dador necessário para uma determinada pessoa e

independentemente da sua nacionalidade.

Em Portugal, a entidade responsável por esta função é o “Centro Nacional de Dadores 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 dadores inscritos. Por exemplo, em 1998, este registo contava com apenas 597 dadores de medula óssea. Em 2004, seis anos depois, o número de inscritos tinha aumentado para 22047, e o ano de 2005 registou praticamente o dobro das inscrições até então alcançadas, passando a contar com um total de 43790 dadores. O ano de 2006 atingiu números surpreendentes, totalizando 62578 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 daquele ano o CEDACE passou a contar com 106944 dadores<sup>200</sup>.

Tal como acontece noutros países, os dados informatizados destes dadores, no que se refere à tipagem HLA, são partilhados com o “Bone Marrow Donors Worldwide” e com outros registos situados em países fora da União Europeia. Este cruzamento de informação permite aumentar as potencialidades de se salvar a vida de uma pessoa doente que carece de um transplante de medula óssea, seja no nosso país ou no estrangeiro.

Todavia, o apelo à solidariedade social não se estende apenas à doação de células (sangue) e de tecidos (medula óssea), mas também à doação de órgãos (duplos ou regeneráveis).

Esta nova orientação social estruturada numa lógica de solidariedade encontrou

---

<sup>200</sup> Cf. Centro Nacional de Dadores de Células de Medula Óssea, Estaminais ou de Sangue do Cordão, “Relatório das actividades CEDACE – 2007”, p. 5, disponível em [http://www.chsul.pt/relatorio\\_cedace.html](http://www.chsul.pt/relatorio_cedace.html) e acedido a 17 de Junho de 2008.



recentemente reflexo na lei portuguesa. Neste contexto, a Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, que transpõe parcialmente para o ordenamento jurídico português 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 limitada a pessoas que estabelecem entre si uma relação de parentesco até ao 3.º grau. Esta lei não possibilitava uma taxa de doação em vida muito significativa devido ao seu carácter limitado. Importa salientar que o facto desta lei ser tão restritiva comportava uma reduzida taxa de doação em vida, o que se reflectiu, no ano de 2005 em 4,0 p.m.p.<sup>201</sup> e em 2007 em 3,5 p.m.p.<sup>202</sup>.

Deste modo, 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 ou células para fins terapêuticos ou de transplante.

2. A colheita de órgãos e tecidos de uma pessoa viva só pode ser feita no interesse terapêutico do receptor e desde que não esteja disponível qualquer órgão ou tecido adequado colhido de dador *post mortem* e não exista outro método terapêutico alternativo de eficácia comparável.

3. No caso da 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)”<sup>203</sup>.

Como é evidente, a autonomia do dador é salvaguardada através do

---

<sup>201</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2005, Newsletter Transplant”, p. 6.

<sup>202</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, p. 6.

<sup>203</sup> Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, Capítulo II, artigo 6.º.

consentimento informado, princípio que se mantém como condição *sine qua non* para qualquer doação em vida. Neste contexto, o artigo 8.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, 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”<sup>204</sup>.

Alargando o número de potenciais dadores pretende-se contribuir para a redução da crónica escassez de órgãos e para o aumento do sucesso da transplantação, o qual se traduz necessariamente em vidas salvas e melhoria da qualidade de vida. Verifica-se ainda que, ao ficar assim também contemplada a possibilidade de doação entre os membros de um casal, se responde a um anseio desde há muito manifestado por potenciais dadores e receptores, na esteira da orientação recomendada pela já referida “Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina” (1997), no artigo 19.º do Capítulo VI, e pelo seu “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana” (2002).

Importa, todavia, sublinhar que neste último documento se prevê que a doação entre pessoas sem qualquer relação biológica se verifique apenas entre aquelas que possuam uma relação afectiva significativa ou “relação pessoal próxima” (*close, intime*)<sup>205</sup>, o que a lei portuguesa não acautela.

O alargamento da doação de órgãos, tecidos e células em vida a todos os voluntários que o queiram fazer coloca com uma maior acuidade uma questão ética fundamental, a saber, a possibilidade de tráfico e comercialização de órgãos. Ou seja, uma vez admitida a doação de órgãos em vida e entre pessoas sem relação biológica, e

---

<sup>204</sup> *Ibid.*, Capítulo II, artigo 8.º.

<sup>205</sup> Cf. “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, Capítulo III, artigo 10.º.

sem o requisito de existência de uma relação afectiva próxima entre dador e receptor, estabelecem-se condições que podem facilitar a comercialização e tráfico de órgãos. 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.

O problema da comercialização de órgãos afecta fundamentalmente zonas geográficas subdesenvolvidas, com uma 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) que é aliciada ou mesmo condicionada a vender partes do seu corpo por uma percentagem ínfima do valor por que o órgão vai chegar ao receptor. Este mercado transacciona órgãos obtidos de forma não só ilegal e cruel, mas também violadora dos mais elementares direitos humanos. Trata-se de um meio explorador da 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 doação em vida deve ser fundamentada pelo princípio da gratuidade, previsto na maioria dos documentos ético-jurídicos que regulam as práticas de transplantação, revelando assim uma lógica da solidariedade. Neste contexto, destaca-se o já referido “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana”, cujo artigo 21.º – proibição de obtenção de lucros – tem a seguinte redacção:

“1. O corpo humano e as suas partes que o compõem não deverão ser fonte de qualquer lucros ou benefícios equiparáveis. (...)”

2. Não será permitido publicitar a necessidade de órgãos ou de tecidos, ou a sua disponibilidade, com o objectivo de oferecer ou procurar obter um lucro ou um benefício equiparável”<sup>206</sup>.

Do mesmo modo, o artigo 8.º da Lei n.º 12/93 mantém-se inalterável na Lei n.º 22/2007:

“1. O conhecimento do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário”<sup>207</sup>.

Importa pois que, para além do enunciado teórico do princípio ético-jurídico da gratuidade, se organizem procedimentos e se desenvolvam práticas que eliminem absolutamente 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 grande 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 fatal discrepância entre o número de candidatos a transplante e o de órgãos disponíveis para este fim.

---

<sup>206</sup> *Ibid.*, Capítulo VI, artigo 21.º.

<sup>207</sup> Lei n.º 22/2007, Capítulo II, artigo 8.º.

### 3. COMERCIALIZAÇÃO E TRÁFICO DE ÓRGÃOS: EXPLORAÇÃO DA VULNERABILIDADE HUMANA

#### 3.1. Corpos retalhados e venda de rins

A busca desenfreada por novas estratégias que contribuam para aumentar os recursos disponíveis para transplante tem provocado uma tendência generalizada para o comércio do corpo humano e dos seus órgãos.

A comercialização de órgãos humanos na sua prática mais comum refere-se sobretudo à venda e compra de rins. Por um lado, existe um “receptor” na eminência de morrer enquanto aguarda por um dador compatível, estando, por isso, disposto a pagar o que lhe for pedido por um órgão. Por outro lado, existe um “dador”, com fracos recursos económicos, sociais e culturais, disposto a ceder um dos seus rins a troco de dinheiro, vivendo com apenas um.

É do conhecimento comum que a prática de comercialização de órgãos é frequente em várias regiões do mundo, nomeadamente Índia, Médio e Extremo Oriente, Norte de África, Europa de Leste e vários países da América Latina. Tal realidade acontece porque em muitos destes países não existe legislação que proíba expressamente a venda ou a compra de órgãos para transplantação. No Egipto, por exemplo, é possível encontrar anúncios de venda de rins na imprensa local provenientes de pessoas que estão dispostas a ceder este órgão por dinheiro<sup>208</sup>.

Esta forma de engendrar lucros financeiros com partes específicas do corpo humano foi-se transformando num comércio cada vez mais organizado. Os mercados são estruturados por intermediários que procuram a fonte de matéria-prima em pessoas

---

<sup>208</sup> Cf. Rafael Matesanz, “Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores”, *Nefrologia*, Vol. XIV, 6 (1994), p. 634.

vulneráveis, as quais são aliciadas pelo dinheiro oferecido. Estas organizações contam ainda com o apoio de médicos que aceitam integrar, ou pelo menos colaborar no comércio, realizando a colheita e muitas vezes o transplante.

Recorde-se, por exemplo, o caso do israelita Ilan Perry, suspeito de ser o líder de uma rede internacional de tráfico de órgãos. Segundo as informações divulgadas, a organização por ele chefiada pagou a mais de 100 brasileiros para se submeterem a intervenções cirúrgicas, com o objectivo de lhes ser retirado um rim para transplantação. Os “receptores” eram israelitas e as cirurgias ilegais realizaram-se durante mais de dois anos no Hospital Netcare St. Augustine, na cidade de Durban, em África do Sul, envolvendo médicos de prestígio daquele país. Para além da lesão à integridade dos “dadores”, o caso ficou conhecido, como tantos outros, por uma prática fraudulenta de exploração humana<sup>209</sup>.

O comércio de órgãos para transplante existe *intra muros* nos países considerados de terceiro mundo. Tal facto acontece, em primeiro lugar, porque a maioria destes países não possui um sistema de saúde com capacidade de disponibilizar os tratamentos de diálise a todos os doentes que sofrem de insuficiência renal. Na Índia, são mais de 100000 casos diagnosticados de insuficiência renal crónica, mas o sistema de saúde apenas pode disponibilizar tratamento a 10% dos doentes<sup>210</sup>. A lei de 1994 que regula os transplantes de órgãos neste país autoriza a doação em vida entre familiares de primeira geração. A mesma lei prevê ainda a possibilidade de doação a outras pessoas sem relação familiar, desde que os casos sejam apreciados por uma comissão verificadora que confirme a relação afectiva entre dador e receptor e a gratuidade da dádiva. No entanto,

---

<sup>209</sup> “Israelita procurado por tráfico de órgãos”, disponível em [http://dn.sapo.pt/2005/08/22/sociedade/israelita\\_procurado\\_trafico\\_orgaos.html](http://dn.sapo.pt/2005/08/22/sociedade/israelita_procurado_trafico_orgaos.html) e acedido a 20 de Novembro de 2007.

<sup>210</sup> Cf. Mehmet Sukru Sever, “Living unrelated – commercial – kidney transplantation: when there is no chance to survive”, *Pediatric Nephrology*, 21 (2006), p. 1354.

a lei tem sido facilmente contrariada mediante a falsificação de documentos e testemunhos presentes à deliberação da comissão, possibilitando a compra e venda de rins. Em segundo lugar, a comercialização de órgãos nestes países está relacionada com a dificuldade de certificação de morte cerebral, a qual possibilita a colheita em cadáveres de órgãos em boas condições para transplante. Causa disso é o facto de não existirem Unidades de Cuidados Intensivos ou de equipamento que verifique a morte cerebral. Face à inexistência de doadores disponíveis, a compra de um órgão é muitas vezes a única solução possível.

Todavia, a comercialização de órgãos generalizou-se não só entre pessoas que co-habitam em países economicamente desfavorecidos, mas também entre outras pessoas oriundas dos países ditos de primeiro mundo e que vêem nestas regiões autênticas reservas de órgãos humanos. Segundo Leo Pessini e Christian de Barchifontaine “a falta de órgãos gerou uma busca desesperada. Muitos doentes viajam para outros países, na esperança de conseguirem um transplante. Nessa busca angustiante de salvar a própria vida, vê-se que as pessoas não estão muito interessadas em questões éticas, como por exemplo saber de que modo o órgão foi obtido”<sup>211</sup>.

Outras situações, noutras partes do mundo, ilustram que esta comercialização de órgãos humanos é condicionada por ideologias morais e religiosas. É o que ocorre no Japão, onde dominam as conjunturas religiosas budistas e xintuístas sobre a integridade corporal após a morte, as quais, em última instância, impossibilitam a utilização do cadáver como principal fonte de órgãos. Os doentes japoneses viajam até às Filipinas e à China para aquisição de rins provenientes de pessoas vivas.

Dentro das fronteiras da Europa, salvo possíveis excepções, não se consta que

---

<sup>211</sup> Leo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine, *Problemas atuais de bioética*, Editora do Centro Universitário de São Camilo, Edições Loyola, São Paulo, 2002, 6.<sup>a</sup> edição, p. 326.

exista este comércio organizado, considerando que as legislações são demasiado rigorosas e a sua transgressão seria facilmente detectada. No entanto, apesar destas medidas de precaução, os europeus usufruem do designado “turismo de transplante”. Os italianos, por exemplo, viajam até à Índia e os alemães ao Extremo Oriente e Europa de Leste para a compra de rins<sup>212</sup>. Segundo J. Botella, “na actualidade, são vendidos anualmente na Índia mais de 1000 rins de dadores vivos; é evidente que se o dinheiro utilizado para comprar estes rins, ou os seus receptores, ou os médicos que realizam os transplantes são europeus, então a Europa está implicada na comercialização de órgãos”<sup>213</sup>. Cada vez mais estas informações são divulgadas e a realidade é conhecida, tornando mais fácil e acessível a possibilidade de comprar o órgão necessário, uma alternativa para quem a lista de espera parece não constituir uma solução atempada.

Esta alternativa de colmatar a escassez de recursos acarreta consequências nefastas para o vendedor do órgão, afectando a sua saúde e a sua integridade corporal. Javier Gafo considera que “a extirpação de um rim pode ser gravemente prejudicial para a sua vida, saúde ou capacidade funcional, já que nos referimos a pessoas que vivem em condições de extrema pobreza, com má nutrição e com deficiente estado de saúde, que pode agravar-se por uma nefrectomia. Em segundo lugar, o seu consentimento informado está fortemente condicionado pela coacção monetária e pela sua desesperada situação económica. Finalmente, há uma insuficiente informação sobre as consequências e riscos que pode acarretar a venda de um rim, por tratar-se de pessoas com baixo nível de instrução. Além do mais, estas intervenções realizam-se em condições de exploração: com frequência não se lhes dá a quantidade de dinheiro prometido e, sobretudo, o

---

<sup>212</sup> Cf. Rafael Matesanz, “Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores”, p. 635.

<sup>213</sup> J. Botella, “Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos”, *Nefrologia*, Vol. XIV, Suplemento 1 (1994), p. 61.



tratamento é insuficiente, assim como o seguimento pós-operatório”<sup>214</sup>. Esta é uma descrição dos limites que pode atingir a miséria humana, ao converter-se de um sujeito de direitos para um objecto susceptível de negociações.

No entanto, as consequências negativas alastram-se, afectando também os compradores de órgãos. Estes são sempre doentes crónicos que procuram desesperadamente uma solução para a sua doença. Por vezes, os doentes são apenas informados sobre os custos da cirurgia e sobre a avaliação pré-transplante. Raramente o “receptor” é esclarecido sobre as condições em que o rim é retirado e em que estado de saúde se encontra o seu “dador”. Neste contexto, geram-se situações macabras de órgãos comprados a portadores de doenças infecciosas, como, por exemplo, por HIV, e que são transplantados, propagando assim a doença para o dito “receptor”<sup>215</sup>.

Este cenário é envolvido por um debate ético que reúne argumentos contra e a favor da legitimidade de comercialização do corpo humano e dos seus órgãos para fins de transplante.

Os opositores à comercialização de órgãos consideram que esta é uma prática de exploração e instrumentalização do corpo, opondo-se por completo ao princípio de solidariedade que está na raiz de qualquer doação realizada em vida. Esta posição contra o comércio de órgãos reflecte-se na maioria dos documentos ético-jurídicos que regulamentam os transplantes. Neste contexto, destacam-se os “Princípios orientadores para a transplantação de órgãos humanos”, declarados pela Organização Mundial de Saúde, em 1991, onde se considera que o corpo humano e as suas partes não podem ser sujeitos de transacções comerciais e que é proibido atribuir ou receber qualquer

---

<sup>214</sup> Javier Gafo, “Reflexiones éticas sobre los trasplantes de órganos”, in Javier Gafo (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1996, p. 153.

<sup>215</sup> Cf. *Ibid.*

pagamento pelos órgãos<sup>216</sup>. Esta mesma prática de comercialização é interdita também na já referida “Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina” (1997), no artigo 21.º do Capítulo VII, e no “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana” (2002), no artigo 21.º do Capítulo VI.

O princípio sobre o qual se deve fundamentar a doação de órgãos é o da gratuidade, impedindo qualquer compensação financeira, seja à família do cadáver, no caso específico da doação *post mortem*, seja ao dador vivo. Esta tendência tem vigorado fundamentalmente na sociedade ocidental que subscreve uma doação altruísta, reflexo da vontade e da autonomia individuais e da generosidade e solidariedade sociais.

No entanto, a forte objecção contra a comercialização de órgãos tem vindo a ser atenuada nos últimos anos. Os defensores de um mercado livre e legítimo de órgãos para transplante consideram que a compensação financeira poderá contribuir para uma nova racionalização dos recursos e reduzir a penúria de órgãos existente.

Na génese desta perspectiva está o facto da pessoa ter autonomia sobre o seu corpo, cabendo-lhe então também a decisão de vender ou não um órgão. A ponderação sobre a retribuição financeira privilegiaria não só o rim, mas também outros órgãos possíveis de se doar em vida, como um fragmento do fígado. Uma vez que a comercialização ilegal de órgãos se está a disseminar e a ser difícil de controlar, considera-se que a melhor via é a sua legalização. Deste modo, a comercialização legal de órgãos careceria de padrões éticos estabelecidos que salvaguardassem o respeito pelo dador e pela sua integridade e o respeito pelo receptor. A correcta legalização evitaria que os mais vulneráveis fossem atraídos para a venda de órgãos por quantias mínimas de

---

<sup>216</sup> Cf. Mehmet Sukru Sever, “Living unrelated – commercial – kidney transplantation: when there is no chance to survive”, p. 1354.

dinheiro, que os receptores pagassem valores exorbitantes pelo transplante e que os intermediários fossem os principais beneficiados.

Tendo em conta os argumentos contra e a favor da comercialização de órgãos para transplantes acima mencionados, consideramos que tal prática deve ser estritamente proibida porque é eticamente reprovável. Para alicerçar a perspectiva de reprovação ética da compra e venda de órgãos, é importante remontar ao pensamento de Kant sobre a noção de pessoa. A pessoa é um “fim em si mesmo” e, como tal, representa um valor intrínseco supremo e inegociável, o qual fundamenta a sua dignidade. Esta lógica, determinada pelo valor incalculável que é a pessoa humana, contraria a legitimidade de se lhe atribuir um preço quantificável. De acordo com a perspectiva kantiana, tudo o que tem um preço pode ser substituído por outra coisa equivalente. Ao contrário, não se pode atribuir um preço à pessoa, assim como às partes específicas que a constituem, porque ela representa em si um valor inquantificável.

Para além do mais, a comercialização de órgãos acarreta consequências negativas para a pessoa e para a sociedade, ao anular o princípio ancestral que gere a doação de órgãos para transplantes, a saber, a solidariedade. Neste contexto, concordamos com Gilbert Hottois ao afirmar que “a desintegração mercantil dos corpos individuais terá um efeito de dissociação no corpo social, pois destrói símbolos e sentimentos comunitários fundamentais: a solidariedade de base, o vínculo social, o altruísmo e a generosidade, o olhar fixado no corpo do outro e, portanto, a relação com o outro... Nenhuma sociedade humana pode suportar semelhante desmembramento dos seus elementos. O simbolismo da doação como relação pura, desinteressada, é socialmente indispensável”<sup>217</sup>. Quer isto dizer que a divulgação da compra e venda de órgãos e a facilidade com que esta prática

---

<sup>217</sup> Gilbert Hottois, “Corpo humano”, in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa (dir.), *Nova enciclopédia da bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 2003, p. 193.

pode ser feita afecta a dádiva voluntária e solidária. Este acontecimento instaura uma sociedade injusta, em que os recursos são disponibilizados pelos “dadores” pobres e o acesso é feito apenas pelos “receptores” ricos.

Existe um comércio de órgãos humanos, em particular de rins, enraizado em zonas economicamente desfavorecidas e que é apontado como uma prática ilegal na maioria dos documentos ético-jurídicos internacionais que regulam os transplantes. Esta realidade, associada à escassez de órgãos para transplante, tem desencadeado um debate em que, por um lado, se argumenta contra a comercialização de órgãos e, por outro, se argumenta a seu favor no sentido de a legalizar. A posição assumida contra o comércio de órgãos assenta na solidariedade, entendida como o princípio estruturante da doação e que se reflecte através da gratuidade da dádiva. Contrariamente, a posição a favor de uma legalização da compra e venda de órgãos assenta na autonomia da pessoa, entendida como a capacidade que esta tem de decidir em relação ao seu próprio corpo e que se reflecte na vontade de querer vender ou não um órgão. Em nosso entender, a comercialização de órgãos é eticamente reprovável, pelo que não deve ser juridicamente permitida.

### **3.2. Redes criminosas e tráfico ilegal de órgãos**

O problema da comercialização de órgãos alastra-se muito para além da compra de rins por quantias ínfimas de dinheiro em zonas geográficas subdesenvolvidas, com populações que vivem abaixo do limiar de pobreza, e afectando a integridade corporal dos “dadores”. A comercialização de órgãos também se revela na existência de redes

criminosas e tráfico de órgãos, extrapolando todos os limites impostos pelos direitos fundamentais da pessoa humana.

É sabido de uma maneira generalizada que existe um mercado negro que transacciona órgãos para transplante obtidos de forma não só ilegal, mas absolutamente cruel, atentando contra a própria vida humana. Não são raros os casos divulgados pela imprensa e outros meios informativos sobre o rapto e homicídio de pessoas para a colheita de órgãos para transplantação. É certo que muitas destas notícias são depois desmentidas e a realidade destes acontecimentos fica à margem do conhecimento comum.

Um dos exemplos mais paradigmáticos, ocorrido recentemente e divulgado na comunicação social, refere-se à possível existência de uma rede criminosa de tráfico de órgãos provenientes de crianças assassinadas que operava na região de Nampula, Moçambique. O caso ficou conhecido por “meninos de Nampula”.

Nos finais de 2003, a religiosa brasileira Maria Elilda dos Santos, da Congregação Servas de Maria, investigou o desaparecimento de uma menina de 12 anos em Outubro de 2002 e cujo corpo foi encontrado sem coração, pulmões e rins. A queixa foi apresentada à Liga dos Direitos Humanos de Moçambique e às autoridades locais, denunciando a existência de um grupo de pessoas suspeitas de assassinar crianças e de vender os seus órgãos para transplante. A partir de então, ela e outras missionárias de nacionalidade brasileira e espanhola da mesma congregação, e também a missionária luterana Doraci Edinger, começaram a receber ameaças de morte e tentativas de agressão. As queixas assumiram repercussões dramáticas para Doraci Edinger que, em Fevereiro de 2003, foi brutalmente assassinada na sua casa de Nampula, depois de ter continuado a denunciar as suas suspeitas. Após o ocorrido, foram contabilizados vários

casos de crianças raptadas e de algumas que apareceram mortas, com o corpo estilhaçado, sem coração, fígado, rins, olhos e pulmões. As autoridades moçambicanas foram acusadas de não realizarem nenhuma investigação para apurar a causa dos assassinatos e o destino dos órgãos. Várias organizações internacionais, como a Amnistia Internacional, a Comissão dos Direitos Humanos da ONU e outras organizações católicas e luteranas, exigiram ao Governo de Moçambique esclarecimentos sobre os acontecimentos de Nampula.

Hoje, não há certezas sobre a rede internacional de tráfico de órgãos humanos, já que os pormenores dos crimes de Nampula nunca foram divulgados. De acordo com as notícias da época, os responsáveis da investigação deste caso tentaram desviar as atenções do mundo, justificando que os crimes cometidos apontavam para rituais mágicos de tribos daquela região. Todavia, as autoridades locais, nomeadamente a Polícia e a Presidência da Liga de Direitos Humanos de Moçambique, reconheceram a existência de tráfico de órgãos humanos. A Amnistia Internacional, a Comissão dos Direitos Humanos da ONU, o Parlamento Europeu e o Arcebispo da Beira, Dom Jaime Gonçalves, presidente da Conferência Episcopal da Comissão Europeia, reuniram esforços para apurar estes dramáticos acontecimentos<sup>218</sup>.

A notícia de rapto e assassinato de pessoas para colheita de órgãos para transplante são frequentes na actualidade. Todavia, é difícil apurar a veracidade de todos os casos, como o dos “meninos de Nampula”, seleccionando a correcta informação das autoridades envolvidas e o sensacionalismo que os *media* impõem nas suas notícias. Se alguns casos destes podem ser considerados rumores e falsos alarmes devido à falta de provas e silenciamento das autoridades, outros são factos reais, extremamente

---

<sup>218</sup> “Mozambique: red criminal de tráfico de órganos”, disponível em <http://hazteoir.org/modules.php?name=Noticias&file=article&sid=269> e acedido a 12 de Novembro de 2007.

dramáticos, juridicamente proibidos e eticamente reprováveis. É o caso dos prisioneiros executados da China.

A pena de morte é uma prática corrente na China, constituindo um espectáculo público que se realiza no dia nacional ou no dia de ano novo. Este país é, sem dúvida, aquele que regista o maior número de condenações à morte e execuções por ano. É difícil determinar o número exacto de condenados à morte e de executados pois as autoridades chinesas optam por manter esta informação confidencial. A Amnistia Internacional registou mais de 1000 casos de prisioneiros executados durante o ano de 2006. Estes são os números publicamente anunciados, mas estima-se que na realidade tenham sido cerca de 8000 execuções<sup>219</sup>. Algumas condenações à pena de morte são divulgadas, nomeadamente quando se trata de corrupção, tráfico de drogas ou homicídio. A mesma sentença de morte é aplicada a outros crimes, mas a sua divulgação não chega a acontecer.

O elevado número de execuções na China é bastante controverso, atendendo ao debate que se levanta nos dias de hoje contra a pena de morte. De acordo com os seus opositores, a pena de morte é entendida como uma perpetuação do clima de violência na sociedade e como um atentado contra os direitos humanos fundamentais. No entanto, a gravidade referente à pena de morte na China é acentuada pelo facto de muitos dos prisioneiros executados serem utilizados como fornecedores de órgãos para transplantação sem o consentimento dos próprios.

Com efeito, a afirmação da fase terapêutica dos transplantes levou à elaboração das “regras para a utilização de corpos ou órgãos de corpos de prisioneiros executados”

---

<sup>219</sup> “Pena de morte: execuções decrescem à medida que aumenta a pressão mundial para uma moratória”, disponível em [http://www.amnistia-internacional.pt/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=149](http://www.amnistia-internacional.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=149) e acedido a 16 de Setembro de 2007.

por parte das autoridades chinesas em 1984. Nesse documento consta que apenas serão utilizados os corpos ou os órgãos dos prisioneiros quando ninguém reclamar o corpo, se o próprio prisioneiro o consentir ou com a autorização da família<sup>220</sup>. Pese embora ser obrigatório respeitar a vontade do prisioneiro, é do conhecimento comum que estes raramente são informados da possibilidade de lhes serem retirados os órgãos para transplantação ou qualquer outro fim científico ou de investigação. A situação é grave, nomeadamente ao verificar-se que, na última década, a pena de morte tem aumentado naquele país, existindo suspeitas de que algumas pessoas são executadas por conveniência e para disponibilização dos seus órgãos para transplantação.

Os jovens são a camada social em que se verifica o maior número de execuções. São geralmente camponeses deslocados das suas terras, à procura de um emprego nas cidades maiores e de melhores condições de vida. Por vezes, o que encontram é a realidade do desemprego e uma vida miserável, transformando o crime numa maneira de sobreviver. São pois estes mesmos jovens, condenados e executados, os alvos preferidos para a colheita por se tratarem de pessoas saudáveis e com órgãos em bom estado para transplantação.

O modo de matar também é escolhido de forma a não danificar os órgãos. O método de execução é geralmente com um tiro na cabeça, protegendo os órgãos e a sua funcionalidade. O médico procura estancar o fluxo sanguíneo e o executado é então colocado no ventilador para preservar o funcionamento dos órgãos. Nas palavras de L. Pessini e C. Barchifontaine “existe um sombrio ar de segredo... Um veículo cirúrgico do departamento de saúde deve estar no local, mas a sua identificação como sendo do setor de saúde governamental é vedada, bem como não é permitida aos profissionais de saúde

---

<sup>220</sup> Cf. Leo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine, *Op. cit.*, p. 329.



envolvidos usar roupas brancas. Os guardas devem estar a postos no local da execução enquanto é realizada a retirada dos órgãos”<sup>221</sup>. Na maioria dos casos, a família não reclama o corpo, ou pela distância em que o prisioneiro é executado ou simplesmente porque não tem condições financeiras para o fazer.

Atrás deste cenário macabro e de tristeza humana, estão médicos envolvidos que vêem nos prisioneiros executados uma fonte de lucro inesgotável e com rendimentos elevadíssimos para quem faz os transplantes. Os órgãos são destinados fundamentalmente a doentes ricos, politicamente influentes, provenientes de Hong Kong e Singapura, e ainda do Japão, Estados Unidos e Europa, que pagam a peso de ouro por um transplante realizado na China.

Não é difícil pensar que o recurso aos prisioneiros para transplantação, que vão ter uma morte programada e com órgãos em boas condições, pode salvar várias vidas que aguardam em lista de espera. Neste contexto, a utilização dos órgãos poderia constituir uma forma do prisioneiro retribuir à sociedade a dívida moral provocada pelo seu delito. De facto, se o Estado tem o direito legal de retirar a vida ao prisioneiro, da mesma forma pode retirar os órgãos para transplante, dando a possibilidade de outras pessoas salvarem a sua vida ou melhorarem significativamente a qualidade da mesma. No entanto, esta prática, tal como a descrevemos acima, sem a aprovação do potencial dador, é eticamente reprovável. A colheita de órgãos em condenados executados, sem o seu consentimento ou dos familiares, constitui do ponto de vista ético uma anulação do princípio da autonomia, um abuso e total instrumentalização de pessoas que estão no designado “corredor da morte”, desprovidas de qualquer protecção sobre a integridade do corpo.

---

<sup>221</sup> *Ibid.*

As redes criminosas e sistemas organizados para obtenção de órgãos e seu tráfico, como aqueles que acabámos de enunciar, caracterizam-se como situações de extrema gravidade no mundo dos transplantes, afectando a integridade dos dadores. Tal gravidade consiste na violação do direito à vida ou na sua total anulação, com o objectivo de obter lucros específicos com o corpo humano. Assim sendo, é anulada a tentativa de articulação do princípio da autonomia com o princípio de solidariedade, bases fundamentais da doação de órgãos para transplante.

## CAPÍTULO V

### **Novos Horizontes da Transplantação: na esteira de soluções alternativas**

O sonho mítico de São Cosme e São Damião é hoje concretizado em muitos hospitais do mundo através da transplantação de órgãos, tecidos e células saudáveis em doentes que sofrem de patologias que afectam gravemente a sua saúde. O sucesso alcançado por esta técnica traduziu-se na sua aplicação intensiva, com vista a salvar o maior número de vidas possível. Todavia, as doações *post mortem* e em vida, tema abordado no capítulo anterior, deixaram de representar um recurso suficiente para responder a todos os doentes que se encontram em lista de espera.

Este cenário tem provocado uma busca incessante por novas alternativas que procurem satisfazer o elevado número de candidatos a transplante. Estas alternativas consistem na descoberta ou criação de novas fontes de órgãos, que não apenas as de proveniência humana, com o objectivo de aumentar o número de transplantes realizados e dar resposta a todos aqueles que carecem de um órgão para sobreviver.

Assim, de entre as possibilidades exploradas, destaca-se a xenotransplantação que

consiste na utilização de órgãos de animais para transplante em humanos. Para além do xenotransplante, a criação de órgãos artificiais que substituam os órgãos doentes representa também uma das alternativas que tem sido procurada como solução para a penúria de órgãos. Por fim, uma das grandes expectativas da actualidade, e que deverá vir a assumir uma importância crescente nas terapêuticas de transplantação, é a investigação em células tronculares (ou estaminais) e a exploração das potencialidades da medicina regenerativa.

As novas possibilidades alternativas ao tradicional transplante realizado com órgãos humanos são hoje um dos campos mais promissores e debatidos no domínio das terapêuticas de transplantação. Assiste-se, pois, a uma nova fase dos transplantes, com novos horizontes em investigação.

## **1. XENOTRANSPLANTAÇÃO E FRONTEIRAS ENTRE ESPÉCIES**

O xenotransplante designa o transplante de órgãos, tecidos e células de proveniência animal realizado no ser humano. O termo “xenotransplante” provém do grego “xenos”, que significa estrangeiro, reportando-se para os transplantes que ultrapassam as fronteiras existentes entre espécies<sup>222</sup>.

A utilização de órgãos de animais é perspectivada como uma solução alternativa no domínio dos transplantes, tendo por objectivo atenuar a penúria de órgãos humanos existente. Recordemos, a título de exemplo, as expectativas de Peter Laing em relação ao xenotransplante. Este afirmava que a utilização de órgãos de animais poderia

---

<sup>222</sup> Cf. Göran Hermeren, “Xenotransplantação”, in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa, *Nova enciclopédia da bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 2003, p. 695.

desencadear uma “explosão” no número de transplantes a nível mundial, fazendo aumentar o transplante de rim de 33000 no ano de 1996 para 300000 em 2010, o de coração de 3000 para 110000, e o de pulmão de 1200 para 30000<sup>223</sup>.

As primeiras experiências de xenotransplante realizaram-se em 1964, nos Estados Unidos, quando seis doentes foram transplantados com rins provenientes de chimpanzés. Um deles sobreviveu nove meses, ao passo que os restantes doentes morreram, uns, no espaço de horas e, outros, ao fim de alguns dias<sup>224</sup>.

A afirmação da fase terapêutica dos transplantes nos anos 80, com a descoberta da ciclosporina, fez com que se concentrassem todos os esforços para reunir um maior número de dadores humanos, de modo a aumentar o número de órgãos para transplante e o de vidas salvas. No entanto, o interesse pela investigação e aplicação dos xenotransplantes não foi anulado. O caso “Baby Fae”, em 1984, que sobreviveu vinte dias a um transplante de coração proveniente de um babuíno, e de um doente com cirrose que, em 1993, sobreviveu setenta dias a um transplante de fígado, também de um babuíno, são referência da continuidade da investigação e da expectativa de transformar os xenotransplantes numa terapêutica clínica.

No estado actual dos xenotransplantes verificam-se já algumas realizações com sucesso, nomeadamente no que se refere a pequenas partes substituídas no corpo humano oriundas de animais. É o caso das válvulas cardíacas ou vasos sanguíneos, provenientes na maior parte das vezes do porco, cuja utilização e transplantação em humanos constitui uma prática corrente em muitos hospitais<sup>225</sup>.

A situação acima referida é particularmente relevante para compreendermos os

---

<sup>223</sup> Cf. Florianne Koechlin, “The animal heart of the matter: xenotransplantation and the threat of new diseases”, *The ecologist*, Vol. 26, 3 (May/June, 1996), p. 93.

<sup>224</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>225</sup> Cf. Nuffield Council on Bioethics, *Animal-to-human transplant: the ethics of transplantation*, published by Nuffield Council on Bioethics, London, 1996, p. 25.

alcances e limites dos xenotransplantes. De facto, inicialmente as expectativas consistiam na substituição, com resultados terapêuticos positivos, de um órgão humano por um órgão animal, tal como rim, fígado ou coração. Porém, este objectivo não foi ainda alcançado, destacando-se dois problemas de ordem prática que devem ser superados.

O primeiro consiste na rejeição do órgão transplantado que é desencadeado pelas diferenças imunológicas existentes entre os animais e o homem. Quando se realiza um transplante de animal para o humano, o sistema imunitário do receptor reage em relação ao órgão, considerado como um estranho no organismo. Este fenómeno passa pela produção de anticorpos contra os antígenos identificados no órgão transplantado<sup>226</sup>. A resposta imunitária é tão intensa que resulta numa total destruição do órgão, provocando uma “rejeição hiper-aguda” e para a qual não existe uma droga imunossupressora eficaz<sup>227</sup>.

Em termos biológicos, os primatas são os animais mais parecidos com os humanos e, por isso, têm sido preferencialmente apontados para xenotransplantação. Considera-se provável que a resposta imunitária ao xenotransplante proveniente do primata seja menos intensa do que a verificada com outras espécies animais<sup>228</sup>. No entanto, existem objecções quanto à utilização de primatas como fornecedores de órgãos. Esta espécie apresenta um grau de paridade reduzido e a sua criação em cativeiro é difícil. Além do mais, muitos destes animais estão em perigo de extinção, pelo que a sua utilização em xenotransplantes representaria uma agravante para o seu desaparecimento<sup>229</sup>.

---

<sup>226</sup> Cf. Florianne Koechlin, “The animal heart of the matter: xenotransplantation and the threat of new diseases”, p. 94.

<sup>227</sup> Cf. Nuffield Council on Bioethics, *Op. cit.*, p. 26.

<sup>228</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>229</sup> Cf. B. Miranda, I. González Alvarez, M. Árias e R. Matesanz, “Xenotrasplante: aspectos éticos y legales”, *Nefrologia*, Vol. XIX, 1 (1999), p. 2.

Neste contexto, a espécie animal sobre a qual têm recaído as atenções para xenotransplantes é o porco. Tal deve-se ao facto deste animal ser um mamífero que possui várias semelhanças anatómicas e fisiológicas com o humano. O porco e o humano apresentam a mesma estrutura e fisiologia renal, assim como a mesma frequência e volume respiratório, e distribuição dos vasos coronários. Em termos de histocompatibilidade, o porco dispõe do sistema SLA (*swine leucocyte antigen system*), do qual se tem já um conhecimento bastante avançado e que apresenta algumas semelhanças com o sistema HLA do humano<sup>230</sup>. Para além dos aspectos de ordem anatómica, são mencionados outros de ordem prática que reforçam a utilização do porco em xenotransplantação. Este animal existe em grandes quantidades, é de fácil criação e dá origem a uma múltipla descendência, o que permite trazer benefícios à manutenção industrial da espécie e disponibilização de um elevado número de animais fornecedores de órgãos<sup>231</sup>. Além do mais, a utilização do porco como animal doméstico, que são criados e abatidos para consumo humano, é algo já estabelecido, o que traz menos constrangimentos ao seu uso em xenotransplantes<sup>232</sup>.

Outro aspecto que é apontado para prevenir a rejeição do xenotransplante é a modificação genética dos órgãos do porco<sup>233</sup>. A técnica consiste em introduzir material genético humano no genoma do porco, criando assim porcos transgénicos que não induzam uma resposta imunitária tão intensa quando forem transplantados no homem. Existem experiências realizadas com animais receptores que demonstram que a resposta

---

<sup>230</sup> Cf. Walter Antonio Pereira e Philippe Wolf, “Xenotransplante”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Mads Editoria Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, p. 454.

<sup>231</sup> Cf. Helena Melo, Cristina Brandão, Guilhermina Rego e Rui Nunes, “Ethical and legal issues in xenotransplantation”, *Bioethics*, Vol. 15, 5/6 (2001), p. 431.

<sup>232</sup> Para comparação das vantagens e desvantagens da utilização de primatas ou porcos como doadores de órgãos, veja-se B. Miranda, I. González Alvarez, M. Árias e R. Matesanz, “Xenotrasplante: aspectos éticos y legales”, p. 6.

<sup>233</sup> Cf. Walter Antonio Pereira e Philippe Wolf, “Xenotransplante”, p. 454.

imunitária é reduzida quando são transplantados órgãos ou tecidos de porco transgénico<sup>234</sup>.

Com efeito, as fronteiras que separam o animal e o homem estendem-se muito para além da reacção imunológica da rejeição do órgão. A propagação de doenças do animal para o homem – zoonoses – constitui o segundo problema de ordem prática dos xenotransplantes<sup>235</sup>. Esta propagação é caracterizada pela possibilidade de transmissão de vírus, bactérias, e mesmo priões que podem trazer consequências nefastas para o humano. Por outras palavras, se os órgãos de animais forem transplantados no ser humano, estes agentes patogénicos serão transmitidos também. Uma vez introduzidos no corpo humano podem sofrer mutações ou recombinações com outros agentes patogénicos e darem origem a novas infecções que se podem propagar na espécie humana. Aqui, existem dois aspectos antagónicos que podem contribuir para a referida propagação. Por um lado, o doente transplantado realiza longos tratamentos com imunossuppressores a fim de controlar a rejeição do órgão. Por outro, o seu sistema imunitário fica mais fragilizado e com maiores dificuldades de resistir a agentes estranhos que surjam no seu organismo, facilitando o desenvolvimento de determinadas doenças.

Assim sendo, a xenotransplantação poderá constituir um meio para a propagação de doenças por microorganismos provenientes de animais, acarretando danos graves na saúde pública. Relembremos que existem várias epidemias globais com origem nos animais, nomeadamente de ratos, macacos, porcos e aves, e que se estenderam ao ser humano. É o caso do HIV, o vírus que em 2006 afectava cerca de 38 milhões de pessoas em todo mundo<sup>236</sup>, e que terá sido transmitido dos símios para os humanos<sup>237</sup>. A

---

<sup>234</sup> Cf. Nuffield Council on Bioethics, *Op. cit.*, p. 26.

<sup>235</sup> Cf. *Ibid.*, p. 67.

<sup>236</sup> Cf. World Health Organization, “World health statistics – 2007”, p. 11, disponível em <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf> e acedido a 23 de Dezembro de 2007.



investigação acerca desta doença, para a qual ainda não se conhece a cura, conclui que existe uma proximidade genética entre o *simian immunodeficiency virus* (SIV) e os dois tipos de *human immunodeficiency virus* (HIV-1 e HIV-2). A facilidade de transmissão de doenças entre símios e humanos, provocada pela proximidade biológica existente, constitui uma das razões pelas quais aqueles animais não deverão ser usados em xenotransplantação. Muito recentemente, um outro vírus, desta vez proveniente das aves, trouxe consequências nefastas para o humano, a saber, o vírus H5N1, um dos agentes etiológicos da gripe das aves.

Face ao exposto, a problematização ética dos xenotransplantes assenta em três argumentos fundamentais, nomeadamente, a realização de ensaios clínicos com órgãos de animais em humanos, a utilização de animais como meros fornecedores de órgãos e, por último, o impacto do xenotransplante na integridade da pessoa humana.

O primeiro argumento consiste na realização de ensaios clínicos e nos efeitos que estes possam ter nos doentes. É evidente que a barreira imunológica que separa o animal e o humano só poderá ser superada com base em repetidos ensaios clínicos para melhoramento da técnica. Os ensaios de novas terapêuticas envolvem sempre riscos e benefícios que merecem uma avaliação rigorosa. É importante “colocar na balança os riscos hipotéticos: o não funcionamento do transplante e a transmissão de doenças; e as vantagens hipotéticas: poder aprender com os fracassos para poder avançar, sabendo como controlar melhor os problemas que previsivelmente vão surgir”<sup>238</sup>.

Contudo, os ensaios em xenotransplantação são alvo de objecção ética, nomeadamente no que se refere à selecção dos doentes. Estes doentes estariam em risco

---

<sup>237</sup> Cf. Florianne Koechlin, “The animal heart of the matter: xenotransplantation and the threat of new diseases”, p. 95.

<sup>238</sup> B. Miranda, I. González Alvarez, M. Árias e R. Matesanz, “Xenotrasplante: aspectos éticos y legales”, p. 4.

de vida ao serem submetidos a um procedimento experimental. Por um lado, sabe-se que alguns receptores não teriam hipóteses de sobreviver e, por outro lado, perder-se-ia a possibilidade de aguardar e transplantar um órgão humano compatível e com garantias de sucesso.

No caso de se avançar efectivamente para a realização de ensaios clínicos, é indispensável a obtenção do consentimento informado por parte dos receptores, o que aliás representa uma exigência de todo o procedimento experimental como seres humanos. Assim sendo, o médico deverá informar o doente dos riscos que corre e também dos benefícios que se espera da sua colaboração. O doente, mediante a informação dada, deverá decidir em relação à sua participação no ensaio<sup>239</sup>.

O segundo argumento que intervém no debate ético sobre xenotransplantação consiste na utilização de animais como meros fornecedores de órgãos, tendo em conta a perspectiva dos “direitos dos animais”. Nos últimos anos tem-se assistido a um debate crescente que assenta numa atitude de maior respeito em relação ao uso de animais em ciência. Esta nova atitude do homem para com os animais é fundamentada pela perspectiva dos “direitos dos animais”. A expressão é empregue “para descrever o facto de os animais, capazes de sofrer, possuírem interesses e, por conseguinte, direitos, o que acarreta obrigações dos seres humanos em relação a eles”<sup>240</sup>.

Na prática, esta perspectiva ética tem-se reflectido na racionalização e redução do número de animais utilizados em experimentação científica, em particular de vertebrados, tais como o gato, o cão e o macaco<sup>241</sup>. É de salientar que a protecção dos animais em investigação científica tem vindo a ser legislada em vários documentos que

---

<sup>239</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>240</sup> Luc Ferry, “Direitos dos animais”, in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa (dir.), *Nova enciclopédia da bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 2003, p. 256.

<sup>241</sup> Cf. B. Miranda, I. González Alvarez, M. Árias e R. Matesanz, “Xenotrasplante: aspectos éticos y legales”, p. 5.

regulam a utilização de animais em ciência. Destacamos, meramente a título ilustrativo, a “Convenção Europeia sobre a Protecção dos Animais Vertebrados Utilizados para Fins Experimentais e outros Fins Científicos”, do Conselho da Europa, de 1996<sup>242</sup>.

O argumento dos “direitos dos animais” aplica-se muito concretamente ao domínio dos xenotransplantes. A xenotransplantação seria uma nova forma de exploração do animal, o qual seria submetido a sofrimento, angústia e depois à morte. Os animais seriam meros fornecedores de órgãos em benefício de novos procedimentos terapêuticos para o ser humano.

O terceiro argumento do debate ético sobre xenotransplantes consiste no impacto que a realização destes poderá desencadear na pessoa e na sua integridade. A perspectiva de, num futuro próximo, se vir a transplantar órgãos de animais em humanos, como o rim, o fígado e o coração, levanta algumas questões de natureza antropológica. De facto, “o xenotransplante abrirá outro grande debate acerca do conceito de modificação substancial do ser humano quando uma parte do seu corpo é substituída pela de um animal de outra espécie”<sup>243</sup>.

A nova potencialidade dos transplantes poderá provocar reacções emocionais contraditórias nos receptores, nomeadamente perturbações psicológicas e negação da ideia de possuírem uma parte específica de um animal no interior seu do próprio corpo e da qual depende a sua vida. Por isso, “deve ser explicado com clareza aos receptores de órgãos que a totalidade do corpo não é posta em causa devido à presença de um órgão animal; psicologicamente, o aconselhamento deve centrar-se na aceitação de que a

---

<sup>242</sup> Cf. Conselho da Europa, “Convenção europeia sobre a protecção dos animais vertebrados utilizados para fins experimentais e outros fins científicos”, que serve de Anexo à “Conclusão pela Comunidade da Convenção europeia sobre a protecção dos animais vertebrados utilizados para fins experimentais e outros fins científicos”, publicada no *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, L 222, de 24 de Agosto de 1999.

<sup>243</sup> B. Miranda, I. González Alvarez, M. Árias e R. Matesanz, “Xenotrasplante: aspectos éticos y legales”, p. 4.

xenotransplantação é um tratamento «natural» ou pelo menos tão «natural» como são considerados os tratamentos artificiais”<sup>244</sup>.

É, pois, na reflexão e avaliação dos alcances já atingidos no que se refere à utilização de células e tecidos de animais e na expectativa que existe de se vir a utilizar órgãos que destacamos novamente o trabalho que o Conselho da Europa tem realizado. O Conselho de Ministros do Conselho da Europa representa o melhor exemplo no que se refere à regulamentação internacional sobre a matéria. Este organismo tem vindo a emitir várias “Recomendações” sobre xenotransplantes, antevendo a possibilidade destes se tornarem numa prática terapêutica que contribua para atenuar a penúria de órgãos existente e de contribuir para a redução do número de candidatos em listas de espera.

Um dos mais recentes documentos nesta matéria é a “Recomendação Rec(2003)10”, de 19 de Junho de 2003, que tem por objectivo “proteger a curto e longo prazos, a saúde pública, os doentes, as pessoas que lhes são próximas e os profissionais envolvidos na xenotransplantação; e estabelecer uma protecção adequada aos animais usados em xenotransplantação”<sup>245</sup>. Deste modo, na “Recomendação Rec(2003)10” são apontadas no Capítulo VI, artigo 30.º, as provisões relacionadas com a aceitação ética, social e psicológica dos xenotransplantes. Considera-se que a informação ao público é fundamental, até porque a utilização de componentes do organismo animal no humano é já um procedimento terapêutico, conforme referimos acerca das válvulas cardíacas ou vasos sanguíneos. Quanto mais informação a população em geral tiver acesso, mais facilidade terão os legisladores, cientistas e comunidade em geral de compreender o

---

<sup>244</sup> Helena Melo, Cristina Brandão, Guilhermina Rego e Rui Nunes, “Ethical and legal issues in xenotransplantation”, p. 432.

<sup>245</sup> Conselho da Europa, “Recommendation Rec(2003)10, of the Committee of Ministers to member states on xenotransplantation, 19 June 2003”, Article 1<sup>st</sup>, disponível em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=4582&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75> e acedido a 28 de Julho de 2008.

curso dos xenotransplantes, daquilo que já se conquistou e nas expectativas futuras, assim como as consequências e implicações deste procedimento<sup>246</sup>. É evidente que esta “Recomendação” do Conselho Europeu perspectiva os xenotransplantes, não só na sua realidade actual, mas sobretudo nas potencialidades que poderão atingir a curto e longo prazos. Daí que haja uma acentuada preocupação de avaliar os riscos, para a saúde pública em geral e para os receptores em particular, e os benefícios, nomeadamente a possibilidade de atenuar a escassez de órgãos humanos.

O xenotransplante, cujas primeiras experiências remontam aos anos 60, surge num contexto de penúria de órgãos humanos e é apontado como uma forma alternativa para superar as necessidades dos doentes que carecem de um transplante. Actualmente, verificam-se alguns alcances nesta área, nomeadamente, a utilização de pequenas partes do animal no humano, como válvulas cardíacas e vasos sanguíneos. Todavia, a expectativa inicial de se transplantar um órgão como o rim, fígado ou coração, está longe de ser uma realidade terapêutica. Para que tal aconteça, é necessário superar alguns aspectos científicos e também éticos que envolvem esta problemática. Do ponto de vista científico, a fronteira existente entre o animal e o humano é separada pelo problema imunológico da rejeição do órgão e pela possível propagação de doenças. Do ponto de vista ético, importa destacar a realização dos ensaios clínicos e a selecção dos doentes, a utilização de órgãos de animais, à luz da perspectiva dos “direitos dos animais” e o impacto que o transplante pode assumir na integridade da pessoa receptora.

---

<sup>246</sup> Cf. *Ibid.*, Capítulo VI, artigo 30.º.

## 2. ÓRGÃOS ARTIFICIAIS E MECANIZAÇÃO DO CORPO HUMANO

Os órgãos artificiais designam os dispositivos criados para substituir os órgãos humanos não funcionais. A necessidade de criar órgãos artificiais, capazes de garantir a sobrevivência e a melhoria de qualidade de vida do doente, deve-se à escassez de órgãos para transplante, à semelhança do que acontece com os xenotransplantes. Ambos, xenotransplantes e órgãos artificiais, são entendidos como técnicas alternativas aos transplantes de órgãos humanos.

A criação de componentes artificiais para implantação no corpo humano, como olhos de vidro e pernas de pau, é já bastante antiga. Com os avanços tecnológicos, tornou-se possível criar máquinas sofisticadas com a finalidade de substituírem as funções dos órgãos humanos. Neste contexto, destacamos o aparecimento das primeiras máquinas de hemodiálise nos anos 60 e o impacto que proporcionaram na saúde dos doentes que sofriam de insuficiência renal crónica. Para além desta evolução científica, recordamos que a década de 60 ficou também marcada pelo desenvolvimento dos transplantes na realização de sucessivas experiências de cirurgia. Foi em 1960, com René Küss, que se realizou o primeiro transplante de rim entre pessoas não relacionadas. Três anos depois, em 1963, realizou-se o primeiro transplante de pulmão, por James Hardy, e o primeiro transplante de fígado, por Thomas Starzl. Em 1966, Richard Lillehei iniciou o transplante de pâncreas.

O aparecimento da máquina de hemodiálise trouxe novas esperanças para o tratamento de patologias renais. É importante reforçar este aspecto, uma vez que a transplantação não era considerada ainda uma terapêutica clínica, mas antes uma técnica experimental em vias de desenvolvimento. Por isso, a existência de diferentes

alternativas ao transplante e com eficácia comprovada seriam sempre uma mais valia para o doente.

A hemodiálise é um tratamento que substitui a função desempenhada pelos rins. Na prática, este tratamento consiste numa técnica de purificação do sangue, realizada através de um filtro especial, o chamado rim artificial ou dialisador, eliminando as substâncias tóxicas do organismo. O sangue é purificado ou limpo fora do organismo e, após o tratamento, entra novamente na circulação do doente.

A grande novidade protagonizada pelas máquinas de hemodiálise no tratamento de doentes com insuficiência renal provocou um enorme impacto, não só no contexto biomédico, mas também na sociedade e opinião pública em geral. Retomemos a criação da “God’s Committee”, em Seattle, Estados Unidos, em 1962. Esta Comissão, considerada a primeira comissão de ética hospitalar de carácter multidisciplinar, tinha por função seleccionar doentes candidatos a hemodiálise, com insuficiência renal crónica terminal. O número de doentes seleccionados era reduzido, uma vez que não havia máquinas suficientes para suprir as necessidades existentes. O problema da selecção dos doentes foi então explorado no artigo de Shana Alexander, intitulado “They decide who lives, who dies”. Este artigo lançou uma enorme polémica na época, pois a autora problematizava os critérios definidos para inclusão e exclusão dos candidatos ao recurso terapêutico de hemodiálise. Em última instância, estes critérios conduziam à morte ou à sobrevivência dos doentes<sup>247</sup>.

Ao contrário do que se possa pensar, a importância e a utilização das máquinas de hemodiálise não foi anulada com o alcance da fase terapêutica dos transplantes renais. De facto, como já explicámos, foi o sucesso dos transplantes que desencadeou

---

<sup>247</sup> Cf. Shana Alexander, “They decide who lives, who dies”, *Life* (November 9, 1962), pp. 102-125.

simultaneamente a escassez de órgãos, pelo que se tornou necessário recorrer a tratamentos alternativos que prolongassem a vida dos doentes. Muitas vezes, a hemodiálise é aplicada como um recurso terapêutico intermédio enquanto se aguarda por um órgão compatível. Contudo, o transplante de rim é sempre preferível à hemodiálise. Esta última é um tratamento bastante exigente para o doente, provocando-lhe uma reduzida qualidade de vida. As sessões de hemodiálise têm geralmente a duração de 4 horas diárias em diferentes dias da semana, implicando deslocações regulares ao hospital ou ao centro de hemodiálise, o que afecta a actividade laboral e a vida social do doente. Nestas circunstâncias, o transplante de rim é apresentado como uma terapêutica mais eficaz que possibilita uma maior autonomia do mesmo.

O tratamento através de máquinas que garantem artificialmente o funcionamento de determinados órgãos vitais aplica-se também ao coração. No caso dos doentes com problemas cardíacos, o dispositivo artificial mais usado é o “pacemaker”, um pequeno aparelho que tem a função de regular o ritmo do batimento cardíaco. Todavia, a sua aplicação em determinados casos clínicos não é suficientemente eficaz, pelo que se torna necessário avançar para o coração mecânico ou artificial.

O coração artificial é geralmente utilizado para manter a vida de doentes que apresentam problemas cardíacos graves. Trata-se de um tratamento transitório para aqueles que aguardam por um transplante de coração, uma espera muitas vezes dificultada pela extensão das listas. Neste contexto, o recurso ao coração artificial permite prolongar o tempo de espera para aumentar as hipóteses de surgimento de um coração compatível.

A necessidade de recorrer a este tipo de mecanismo, como é o coração artificial, é bastante grande se tivermos em atenção, por exemplo, o caso dos Estados Unidos. Em



2007, realizaram-se 2210 transplantes de coração naquele país. Porém, durante aquele ano foram admitidos mais 3111 novos candidatos para a lista de espera e faleceram 324 doentes enquanto aguardavam por um transplante cardíaco<sup>248</sup>.

A alternativa do coração artificial pode constituir, de facto, um tratamento intermédio, de modo a que o doente possa ganhar tempo de vida. Este foi o caso de Vasco Cruz, uma criança portuguesa que, em 2005, recebeu um coração artificial e com ele viveu 107 dias até receber um coração definitivo, ou seja, um transplante cardíaco. Durante aquele tempo a criança sobreviveu através de um “Berlin Heart”, um coração biventricular externo que lhe bombeava o sangue. O aparelho utilizado era um dos dois exemplares que existiam em Portugal até finais de 2006, pertencentes aos hospitais de Santa Cruz e Vila Nova de Gaia. Este caso de sucesso foi amplamente divulgado por ser a primeira vez em Portugal que se implantou um coração artificial que suportou a vida do doente até haver um coração para transplante<sup>249</sup>.

Mais recentemente, tem-se tentado desenvolver outros modelos de coração artificial, que possam ser completamente integrados no corpo do doente. É o caso do “AbioCor”, o primeiro coração artificial vocacionado para ser implantado no interior do organismo. Os primeiros ensaios clínicos foram realizados em 2001, mas sem resultados de sucesso<sup>250</sup>. A maior parte dos doentes que receberam este aparelho morreram poucos dias depois da cirurgia, devido a um acidente vascular cerebral.

Verificámos, pois, que a máquina de hemodiálise representa o aparelho de maior

---

<sup>248</sup> Cf. Conselho da Europa, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, p. 33.

<sup>249</sup> Cf. *Expresso* (8 de Dezembro de 2006), p. 18.

<sup>250</sup> Cf. Juan Sebastián Parra Murillo, “Trasplantes de órganos naturales y artificiales”, disponível em <http://www.monografias.com/trabajos17/organos-artificiales/organos-artificiales.shtml?monosearch> e acedido a 27 de Dezembro de 2007.

relevo criado para substituir artificialmente o funcionamento do rim. Esta máquina surge numa época em que a transplantação é ainda uma técnica experimental em vias de desenvolvimento e sem valor terapêutico. Neste contexto, a hemodiálise apresenta-se como um tratamento promissor no caso da insuficiência renal crónica, pese embora o seu acesso ser limitado a um número restrito de doentes devido à escassez de máquinas. A posterior afirmação da fase terapêutica da transplantação caracteriza-se pela penúria de órgãos. Tal facto exige a utilização de aparelhos já existentes, como a máquina de hemodiálise, e a criação de novos órgãos artificiais, como o coração. Os órgãos artificiais assumem uma importância de destaque na conjuntura actual dos transplantes, representando um tratamento alternativo, uma solução temporária, para que o doente possa sobreviver e ganhar tempo de vida enquanto aguarda por um órgão compatível.

### 3. MEDICINA REGENERATIVA E CÉLULAS TRONCULARES

As células tronculares, designadas também de “estaminais” por derivação da nomenclatura anglo-americana “stem cells”<sup>251</sup>, constituem uma das mais recentes descobertas da biotecnologia e também a proposta mais inovadora para suprir a escassez de órgãos para transplante. As células tronculares são aquelas “que ainda não atingiram a diferenciação e especialização que lhes permita desempenhar uma função específica num determinado órgão como o coração, fígado ou cérebro; são, no entanto, precursoras dessas células especializadas”<sup>252</sup>. A principal característica que tem sido atribuída às

---

<sup>251</sup> Cf. Walter Osswald, “Alguns aspectos éticos da investigação com células tronculares (ou estaminais)”, in *Cadernos do Mosteiro*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2007, p. 143.

<sup>252</sup> Luís Archer, “Homem renovável”, in *Da genética à bioética*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2006, p. 320.

células tronculares é a potencialidade de auto-renovação e a capacidade de darem origem a vários tipos de células de um organismo.

A nossa reflexão acerca das células tronculares, que se justifica no presente contexto por constituir uma nova potencialidade para atenuar as necessidades de órgãos para transplante, assenta em dois pontos distintos. O primeiro que destacamos consiste na caracterização dos vários tipos de células tronculares existentes, nomeadamente no que se refere ao grau de diferenciação e à sua localização no organismo. O segundo ponto da nossa reflexão consiste na discussão ética que envolve actualmente a pesquisa biomédica com células tronculares, e cuja sistematização se tornará facilitada devido aos conteúdos expostos no primeiro ponto.

São vários os tipos de células tronculares conhecidas, os quais variam de acordo com o seu grau de diferenciação e com a sua localização no organismo.

No que se refere ao grau de diferenciação, existem células totipotentes, pluripotentes e multipotentes. As células totipotentes são totalmente indiferenciadas, podendo dar origem a um organismo completo e funcional. Estas podem ser obtidas a partir do embrião na sua fase precoce de desenvolvimento, isto é, até à fase em que é constituído por 16 células<sup>253</sup>. As células pluripotentes caracterizam-se por poderem dar origem a quase todos os tipos de tecido do organismo. No entanto, as suas potencialidades são mais limitadas do que as das células totipotentes, uma vez que não podem dar origem a um organismo completo. Por fim, as células multipotentes possuem um grau de diferenciação maior, dando origem a um número mais limitado de tecidos<sup>254</sup>.

As células tronculares caracterizam-se também pela sua localização no

---

<sup>253</sup> Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “Relatório sobre investigação em células estaminais”, que serve de anexo ao “Parecer 47/CNECV/2005 – Parecer sobre a investigação em células estaminais”, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, *Documentação 10 – ano 2005*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 2006, p. 100.

<sup>254</sup> Cf. Luís Archer, “Homem renovável”, p. 320.

organismo. As principais são as de alguns órgãos do indivíduo adulto (células tronculares do adulto), as da linha germinativa (células germinais embrionárias) e as do embrião (células tronculares embrionárias).

As células tronculares do adulto são aquelas que, conforme o próprio nome indica, se encontram no corpo de um adulto, no humano ou noutro animal, independentemente da sua idade<sup>255</sup>. Estas existem apenas em determinados tecidos do organismo com a capacidade de se renovarem e recuperarem. Assim, se houver uma destruição das células funcionais, as células tronculares existentes têm a potencialidade de se diferenciarem e substituírem as células danificadas. O melhor exemplo refere-se às células hematopoiéticas que produzem vários tipos de células sanguíneas. As células tronculares que existem no organismo de um adulto são consideradas multipotentes, o que significa que o potencial de renovação é muito mais limitado, quando comparado com as células totipotentes e pluripotentes. Além do mais, estas investigações comprovaram que existem outras células tronculares no adulto com grande plasticidade e que se podem diferenciar noutros tipos de células especializadas que não sejam as do tecido de origem<sup>256</sup>. Por exemplo, alguns estudos realizados no rato demonstram que as células tronculares neuronais, quando colhidas e transferidas para a medula óssea, produzem diferentes células sanguíneas. Outras experiências, também com o rato, confirmam que as células tronculares encontradas na medula óssea podem-se transformar em células hepáticas<sup>257</sup>. Por isso, o potencial terapêutico das células tronculares que existem no organismo adulto está longe de ser totalmente conhecido por parte dos investigadores.

---

<sup>255</sup> Cf. *Ibid.*

<sup>256</sup> Cf. Ana Sofia Carvalho, “Transplante de células estaminais. Um caso particular: a clonagem”, *Cadernos de Bioética*, 27 (2001), p. 50.

<sup>257</sup> Cf. *Ibid.*

As células germinais embrionárias são células obtidas da linha germinativa durante uma curta fase de desenvolvimento do embrião e do feto, isto é, entre as 5 e as 9 semanas de vida intra-uterina<sup>258</sup>. As células germinais embrionárias podem ser obtidas de embriões ou fetos resultantes de abortos provocados a pedido da mulher, ou ainda de abortos espontâneos. Não é, todavia, aconselhada a utilização do material biológico de abortos espontâneos em pesquisa biomédica ou fins terapêuticos, uma vez que estes podem estar associados à má formação embrionária<sup>259</sup>.

As células tronculares embrionárias designam as células pluripotentes existentes na massa celular interna (MCI) do embrião em estado de blastocisto. Este estado decorre entre o 5.º e o 9.º dias de vida após a fecundação, e o embrião possui entre 150 e 200 células<sup>260</sup>. Estas células podem derivar de: embriões excedentários humanos resultantes de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), embriões criados com gametas de dadores, também por PMA, como material para investigação científica, e embriões criados por clonagem por transferência nuclear<sup>261</sup>.

As potencialidades destas células tronculares são inquestionáveis, o que lhes atribui uma importância científica e terapêutica promissora. Em primeiro lugar porque quando estas células são cultivadas *in vivo* apenas se mantêm durante um dia, diferenciando-se imediatamente depois nos diferentes tecidos. Todavia, quando são cultivadas *in vitro* parecem replicar-se por um tempo indefinido, sem que exista diferenciação, envelhecimento ou morte. O segundo aspecto que realça a importância das células tronculares é o facto de permanecerem geneticamente normais. E, por último,

---

<sup>258</sup> Cf. Luís Archer, “Homem renovável”, p. 321.

<sup>259</sup> Cf. Walter Osswald, “Alguns aspectos éticos da investigação com células tronculares (ou estaminais)”, p. 145.

<sup>260</sup> Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “Relatório sobre investigação em células estaminais”, p. 100.

<sup>261</sup> Cf. Ana Sofia Carvalho, “Transplante de células estaminais. Um caso particular: a clonagem”, p. 48.

estas células têm a capacidade de originar *in vitro* vários tipos celulares, tais como neurónios, células sanguíneas e células musculares e cardíacas<sup>262</sup>.

O conhecimento acerca das células tronculares tem mais de 30 anos. Mas, foi em 1998 que se verificaram os primeiros sucessos na sua investigação, quando Thomson e os seus colaboradores isolaram e cultivaram *in vitro* células pluripotentes humanas. As experiências foram feitas a partir de embriões excedentários, disponibilizados por clínicas de PMA e com o consentimento dos seus progenitores<sup>263</sup>. Este acontecimento veio estimular a investigação em células tronculares e foi divulgado como promessa de um constante rejuvenescimento do homem.

De facto, existem grandes expectativas em torno das potencialidades das células tronculares, nomeadamente a possibilidade de num futuro se vir a tratar doenças como Alzheimer, Parkinson, cancro, diabetes, imunodeficiências primárias, entre muitas outras. No caso específico dos transplantes, existe ainda a expectativa de se vir a criar órgãos e tecidos, como o coração, fígado ou sangue, compatíveis para os doentes existentes, sem ter de se recorrer a dadores cadáveres ou dadores vivos.

O promissor potencial terapêutico destas células que acabámos de enunciar ainda está longe de se converter numa realidade clínica, tendo em conta as profundas dificuldades de natureza técnico-científica subjacentes. Walter Osswald aponta algumas dessas dificuldades como, por exemplo, a obtenção de culturas celulares puras, o controlo do crescimento e da diferenciação dessas células, e a capacidade de degenerescência tumoral e a rejeição imunológica<sup>264</sup>. As barreiras técnico-científicas só poderão ser superadas mediante uma investigação científica em células tronculares, de

---

<sup>262</sup> Cf. Luís Archer, “Homem renovável”, p. 322.

<sup>263</sup> Cf. Natália Oliva Teles, “Transplantação de células embrionárias e fetais: perspectivas futuras”, *Cadernos de Bioética*, 27 (2001), p. 39.

<sup>264</sup> Cf. Walter Osswald, “Alguns aspectos éticos da investigação com células tronculares (ou estaminais)”, p. 144.

modo que as suas potencialidades se possam transformar numa realidade clínica e, por conseguinte, numa solução alternativa para os transplantes<sup>265</sup>.

É precisamente a investigação em células tronculares que constitui um dos temas mais debatidos da actualidade. O debate não se centra tanto em questões técnicas mas, antes e acima de tudo, em questões éticas da maior pertinência, com o objectivo de contribuir para uma correcta regulação da investigação.

A reflexão ética sobre a investigação em células tronculares assume como princípio fundamental o respeito pela pessoa humana e a sua eminente dignidade. Esta fundamentação justifica-se pelo facto das células tronculares em debate se localizarem no organismo humano nas diferentes fases do seu desenvolvimento, isto é, desde o estado adulto até às fases mais precoces da vida como o feto e embrião. Assim sendo, o princípio ético de respeito pela pessoa que norteia a investigação em humanos em geral deve ser aplicado ao caso específico da investigação em células tronculares. Deste modo, e de acordo com a ética kantiana, a pessoa é considerada como um “fim em si mesmo”, e não como um meio para atingir outros fins. É a afirmação do primado da pessoa humana que contraria a possibilidade de instrumentalização desta.

Neste contexto, a aplicação do princípio de respeito pela pessoa, orientador de toda e qualquer investigação em humanos, como se afirmou, quando é aplicado à investigação em células tronculares assume diferentes consequências éticas. Estas dependem da proveniência das células, ou seja, se são de origem adulta, de fetos ou de embriões. É precisamente estas diferentes implicações éticas que procuraremos analisar e reflectir à luz do conceito de “pessoa”.

A investigação em células tronculares colhidas de indivíduos já nascidos ou

---

<sup>265</sup> Sobre o estado actual da investigação em células tronculares, veja-se Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “Relatório sobre investigação em células estaminais”, pp. 105-107.

adultos não tem sido alvo de objecção ética especial. Na prática, a investigação é realizada a partir de células retiradas do próprio sujeito, de modo a descobrir as potencialidades que lhe estão subjacentes e os benefícios que a colheita pode trazer para a sua saúde. O procedimento ético-legal deverá ser semelhante a muitos outros ensaios clínicos que envolvem seres humanos. A exigência fulcral consiste no cumprimento do princípio do consentimento informado, como expressão da autonomia da pessoa sobre o seu próprio corpo<sup>266</sup>.

No caso particular de se comprovar que estas células são eficazes na renovação de outros tecidos, para além da eficácia já verificada das células hematopoiéticas, a sua importância no domínio dos transplantes é reforçada. Este aspecto é particularmente relevante uma vez que as células tronculares podem ter uma aplicação autóloga, isto é, para transplante no próprio organismo de onde foram colhidas, ou uma aplicação heteróloga, isto é, para benefício de outra pessoa mediante a doação das mesmas. Face a esta última possibilidade, é fundamental salvaguardar como princípios éticos a confidencialidade dos dados, através do anonimato dos intervenientes, e a gratuitidade da dádiva, através da não comercialização do material biológico. Estes princípios, de confidencialidade e de gratuitidade, são aqueles que fundamentam a atitude solidária e altruísta da dádiva e que orientam, de modo generalizado, a doação de órgãos, tecidos e células para transplante.

Conforme se afirmou, quando nos referimos à origem das células tronculares, estas podem ser colhidas de fetos ou embriões abortados. Conforme afirma Luís Archer, a investigação em células tronculares “a partir de fetos abortados não põe problemas éticos especiais, se se tratar de abortamentos espontâneos, excepto que os maiores riscos

---

<sup>266</sup> Cf. *Ibid.*, p. 116.



de anomalia têm de ser tomados em consideração, sobretudo se as experiências incluírem transplantação de tecidos. Se se tratar de abortamentos voluntários, é eticamente importante assegurar que a decisão de interromper a gravidez não foi de modo algum influenciada, nem directa nem indirectamente, pela possibilidade de investigação e utilização de fetos abortados”<sup>267</sup>. Deste modo, no que se refere exclusivamente à colheita de células tronculares provenientes de produtos de abortamento espontâneo, o princípio ético predominante deve assentar numa avaliação dos riscos associados à investigação. Os abortos espontâneos podem ter como causa a má formação congénita do embrião ou feto e, neste caso, as células tronculares retiradas não seriam adequadas para transplantação de tecidos<sup>268</sup>. No que se refere aos abortos a pedido da mulher e sem ser por razões médicas, cuja eticidade não cabe na presente discussão, importa salvaguardar os princípios éticos do consentimento da progenitora ou dos progenitores e da inexistência de intenções de comercialização.

As implicações éticas da investigação em células tronculares sobem de tom à medida que vamos analisando as suas consequências nas fases mais precoces da vida humana, nomeadamente no que se refere ao embrião nos primeiros estádios de desenvolvimento. E aqui destacamos como principais problemas éticos a criação de embriões com fins experimentais e a utilização de embriões excedentários para investigação.

A reflexão ética suscitada pela investigação em embriões em geral e em células tronculares embrionárias em particular deve assentar no debate sobre o estatuto do embrião. De facto, o estatuto do embrião é um tema actual nos diferentes discursos ético,

---

<sup>267</sup> Luís Archer, “Homem renovável”, pp. 328-329.

<sup>268</sup> Cf. Walter Osswald, “Transplante de células ou tecidos de origem embrionária ou fetal – uso ou abuso”, in *Cadernos do Mosteiro*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2007, p. 60.

filosófico, teológico, jurídico e médico. As perspectivas sobre o embrião são multidisciplinares e procuram o ponto de fusão consensual acerca do seu estatuto. As opiniões divergem porque existe na sociedade sensibilidades e opiniões muito diferentes acerca do sentido e significado do princípio da vida, da vida humana e da pessoa humana. Alguns consideram que o embrião é uma pessoa e deve ser respeitado pela sua dignidade inerente. Para outros, o respeito pelo embrião deve ser menor do que o respeito pela pessoa adulta e portanto a sua dignidade é alcançada de forma gradual, à medida que se vai desenvolvendo até nascer.

É nesta discussão acerca do estatuto do embrião que se integra a legitimidade ética da investigação das células tronculares.

A primeira abordagem deve ser direccionada para a criação de embriões humanos com fins experimentais, uma hipótese que tem sido discutida a propósito da pesquisa biomédica com células tronculares. Consideramos que a criação de embriões com o objectivo único de realizar investigação científica é eticamente reprovável, devendo ser juridicamente proibida, na medida em que colide com o princípio fundamental de respeito pela pessoa como um “fim em si mesmo”. A criação de embriões para experimentação desencadeia uma total instrumentalização e desrespeito não só pelo embrião particular e individual, perspectivado como uma coisa e transformado num objecto de pesquisa, como pela vida humana em geral, que passa a ser criada com a mera intenção de ser manipulada. De acordo com Luís Archer, “o embrião participa já da mesma dignidade da pessoa humana. Ele já contém, logo desde o início, a dinâmica intrínseca para um desenvolvimento unidireccional que se vai expressando, através de fases sucessivas e graduais dum processo contínuo, até às formas de feto, criança, adulto

e velho”<sup>269</sup>.

O respeito pela vida do embrião é reflectido na documentação que legisla esta matéria. Verifica-se que a maioria dos países proíbe a criação de embriões com fins exclusivamente experimentais. O Reino Unido representa, todavia, uma excepção a esta proibição. Neste país a criação de embriões para experimentação está legalizada sob condições muito restritas, sendo autorizada apenas por uma entidade organizada para este efeito<sup>270</sup>.

A problemática da investigação com células tronculares embrionárias centra-se sobretudo no caso dos embriões excedentários. Entende-se por embriões excedentários (ou supra-numerários) os “embriões humanos produzidos aquando da fertilização *in vitro* e que não são reimplantados no útero da mulher”<sup>271</sup>. Os embriões excedentários são, portanto, aqueles que estão excluídos de um projecto parental e cuja sobrevivência depende da criopreservação.

São de ordem variada os problemas suscitados pela existência de embriões excedentários, em particular os diferentes fins a que podem ser destinados: “manter a criopreservação indefinidamente, retirar os embriões da criopreservação e deixá-los morrer, ou permitir a sua utilização benéfica para a humanidade mediante a investigação de que se tornam objecto”<sup>272</sup>.

No que se refere ao último ponto, a propósito da utilização de embriões excedentários em pesquisa de células tronculares, as perspectivas são muito divergentes. Os defensores de que se deve utilizar estes embriões em investigação fundamentam o seu

---

<sup>269</sup> Luís Archer, “Homem renovável”, p. 330.

<sup>270</sup> Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “Relatório sobre investigação em células estaminais”, pp. 117-118.

<sup>271</sup> Edith Deleury, “Embrião excedentário”, in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa (dir.), *Nova enciclopédia da bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 2003, p. 310.

<sup>272</sup> Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “Relatório sobre investigação em células estaminais”, p. 118.

ideal em dois princípios: o da utilidade e o da solidariedade<sup>273</sup>.

De facto, existe um número elevado de embriões excedentários que, ao serem excluídos de um projecto parental, não têm condições para se desenvolverem e realizarem o processo contínuo e dinâmico até nascerem. Ora, uma vez que estes embriões existem efectivamente e estão condenados à morte ou à destruição, considera-se que seriam mais úteis na investigação em células tronculares, potencializando os conhecimentos científicos que de outro modo são impossíveis de obter.

Os defensores desta perspectiva utilitarista consideram que a utilização de embriões excedentários constitui um mal menor para eles próprios, dado que estão condenados à morte, e que seriam um bem maior para a humanidade, desvendando novas potencialidade para a resolução de doenças que abalam o homem. A dignidade do embrião humano consiste, nesta linha de pensamento, em ser útil. Por outras palavras, o embrião excedentário é mais digno se for usado em investigação de células tronculares e se contribuir para o bem-estar da humanidade, do que se morrer ingloriamente sem qualquer utilidade.

Esta pesquisa exige o consentimento dos seus progenitores que, através da doação dos embriões, realizam um acto de solidariedade, o segundo argumento a favor desta utilização. A doação por parte dos seus progenitores representará um acto de altruísmo, numa lógica da intersubjectividade e da vida em comunidade. Ou seja, “os embriões tornar-se-ão deste modo parte activa de um acto de solidariedade para com todos os indivíduos da espécie humana, esperando que do progresso da ciência e da terapêutica resulte uma melhoria ou a recuperação do seu estado de saúde”<sup>274</sup>. A doação deve, pois,

---

<sup>273</sup> No “Relatório sobre investigação em células estaminais” do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida aponta-se como argumentos o da “dignidade” e o da “solidariedade”, cf. p. 119.

<sup>274</sup> *Ibid.*

ser gratuita, excluindo qualquer intenção de comercialização.

Por outro lado, são vários os argumentos contrários à utilização de embriões excedentários em investigação de células tronculares. Os defensores desta perspectiva consideram que a dignidade do embrião nada tem a ver com a utilidade, a “dignidade da morte não exige a sua utilidade para os outros, uma vez que a morte comporta em si mesma a própria dignidade da vida que se extingue”<sup>275</sup>. Para se ser digno não é necessário ser-se útil, nem tão pouco ter-se uma morte útil. Por outras palavras, a dignidade é um valor eminente da vida humana e, portanto, inerente também ao embrião. A dignidade não é um estatuto adquirido por uma contrapartida ou atitude realizada. Este último aspecto é consideravelmente relevante dado que o embrião não pode agir de forma intencional, porque não tem consciência ou capacidade de autonomia. São os outros que decidem a sua utilização para fins experimentais e em prol da humanidade, e não ele próprio por incapacidade de prestar o seu consentimento. O embrião é digno porque é já membro da humanidade, da família humana, assumindo já uma singularidade irrepetível. Cada embrião é único e tem uma identidade específica inscrita em si, que o caracteriza e que o transformará num ser humano completo e único<sup>276</sup>.

Mesmo considerando que o embrião vai morrer porque está excluído de um projecto parental, isso não quer dizer que ele tenha que ser necessariamente destruído. Quando o embrião é descongelado morre porque lhe são retiradas as condições que o mantêm vivo. Neste contexto, remetemos para o “Parecer sobre investigação em células estaminais” (47/CNECV/2005), do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. No referido documento, ponto 12, considera-se que “a destruição de embriões criopreservados com o fim específico de obtenção de células estaminais destinadas a

---

<sup>275</sup> *Ibid.*, p. 120.

<sup>276</sup> *Cf. Ibid.*

investigação constitui uma instrumentalização contrária à sua dignidade”<sup>277</sup>. Neste ponto, está patente o princípio de respeito pela vida humana, marcado pela fase mais precoce de embrião.

A reflexão ética suscitada pela utilização de células tronculares assenta, por um lado, nas potencialidades que os diferentes tipos celulares – totipotentes, pluripotentes e multipotentes – podem representar para a saúde humana e que somente a investigação científica pode esclarecer e tornar terapêutica. Por outro lado, coloca-se o problema ético da colheita de células tronculares quanto às suas diferentes origens – no corpo do adulto, no feto e no embrião. A colheita de células tronculares provenientes do organismo adulto não coloca objecções éticas pertinentes, desde que sejam salvaguardados os princípios de consentimento informado e de gratuidade da dádiva para a sua consequente investigação. No entanto, a colheita destas células em fetos e embriões são susceptíveis de um amplo questionamento ético que deve ter como preocupação central o respeito pela vida humana nos seus estádios mais precoces. O respeito pela vida humana deve ser um respeito absoluto desde a sua constituição enquanto embrião, e não gradualista, que dependa da fase de desenvolvimento em que essa vida se encontra. O respeito pelo embrião e a discordância de ser criado e utilizado para experimentação nada mais é do que a necessidade de respeitar o desenvolvimento progressivo e dinâmico que caracteriza a vida humana, desde a fecundação, estado de embrião unicelular, zigoto, feto, criança, adulto e idoso.

---

<sup>277</sup> Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “Parecer 47/CNECV/2005 – Parecer sobre a investigação em células estaminais”, *Documentação 10 – ano 2005*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 2006, p. 83.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão ética no que concerne à aplicação da biotecnologia na artificialização da vida humana alcança uma importância incontornável na medida em que visa proteger a dignidade da pessoa e a sua integridade face a possíveis abusos da prática científica. A pessoa humana, que é entendida na filosofia kantiana como um “fim em si mesma”, é o valor que deve reger a intencionalidade das descobertas da ciência e sua consequente aplicação.

A nossa dissertação procura cruzar a reflexão filosófica da noção de “pessoa” e a reflexão sobre a doação de órgãos, tecidos e células para fins de transplantação. Estes dois planos de reflexão, distintos e independentes entre si, um de raiz filosófica e outro de raiz médica, surgem imbricados no presente contexto de fundamentação ética. As razões que nos levam ao cruzamento destes temas devem-se, por um lado, ao facto da noção de “pessoa”, com origem no pensamento teológico-filosófico, se ter vindo a destacar como um elemento indispensável da bioética, entendida como uma ética aplicada à vida e, especificamente, à vida humana. Por outro lado, a transplantação, para além de constituir um dos temas originários da bioética, mantém-se hoje como uma terapêutica fundamental no domínio das biotecnologias, com um enorme impacto na prestação dos cuidados de saúde, suscitando, como tal, vários problemas éticos derivados da sua aplicação.

O plano de reflexão ética tradicionalmente estabelecido sobre os transplantes centrou-se, nas primeiras décadas de afirmação da fase terapêutica, na integridade e unicidade do receptor e nos critérios de selecção dos doentes para transplantação. Tal como foi referido ao longo da nossa dissertação, a maior limitação dos transplantes é a

acentuada penúria de órgãos que existe por todo o mundo. Neste contexto, a principal preocupação tem sido criar estratégias para estimular as doações e, por conseguinte, aumentar o número de órgãos para transplante. Este novo desafio de estimular a doação, em vida e *post mortem*, tem feito emergir com uma acuidade crescente as questões éticas que se relacionam com a integridade do dador, a qual pode estar ameaçada face à possível mutilação ou extirpação de um órgão num corpo são, sem qualquer benefício para o próprio. Esta é hoje a problemática central da reflexão ética sobre os transplantes, merecendo por isso um maior destaque na “Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina” (1997) e, de forma mais desenvolvida, no “Protocolo adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana” (2002).

É no âmbito da fundamentação ética sobre a doação de órgãos e tecidos que nos dedicamos à reflexão e sistematização da noção de “pessoa”, cruzando o pensamento filosófico e a prática médica. Deste modo, encontramos três pontos de intersecção e convergência que podem contribuir para a aproximação entre estes dois domínios.

O primeiro ponto assenta na afirmação da pessoa como um ser dinâmico. A teorização filosófica sobre a pessoa remete-nos para um momento de transição de uma noção substancial para uma noção dinâmica, o qual ocorre na Modernidade e se mantém até hoje. Como tal, a pessoa afirma-se como um processo e uma realidade dinâmicas, em constante desenvolvimento e realização de si. Na perspectiva de Max Scheler, a pessoa é centro de actos intencionais, é “actualidade pura”.

Neste contexto, a dádiva de um órgão ou tecido em vida poderia ser interpretada como um atentado à integridade da pessoa, que é afectada depois de se realizar a colheita. Todavia, de acordo com a visão dinâmica de pessoa, compreende-se que não há uma



ameaça da sua integridade, desde que a colheita não traga consequências nefastas para a saúde do dador, que doa uma componente do seu corpo sem qualquer benefício próprio. Por esta razão, são permitidas apenas colheitas em vida de órgãos duplos (rim) ou regeneráveis (fígado), tecidos (medula óssea) e células (sangue). A integridade é, pois, salvaguardada não pela unicidade substancial da pessoa, mas pelo dinamismo da sua existência e da sua constante evolução e realização de si.

O segundo ponto de cruzamento da nossa reflexão consiste na afirmação da pessoa na relação com o outro. Ser com o outro é uma realidade existencial da pessoa humana, na esteira da filosofia de Paul Ricoeur e Emmanuel Levinas. A pessoa realiza-se no confronto com o outro, com a alteridade. A dimensão relacional é desencadeada pelo encontro com o outro e consiste numa experiência que apela à reciprocidade e à partilha.

No domínio específico dos transplantes, a doação é sempre estimulada por uma relação com a alteridade que nos interpela na fragilidade da sua saúde. Na doação em vida, a família é o elemento vinculativo entre dador e receptor. A relação com o outro, que pertence à família, é o primeiro apelo à dádiva.

No entanto, novos paradigmas de relação se foram afirmando como válidas na doação em vida. É o caso do alargamento a possíveis voluntários, cuja doação assenta numa relação pessoal próxima, diga-se, emocional. Neste âmbito, importa destacar, a título de exemplo, a legislação que regula os transplantes em Portugal. A antiga Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, previa a doação em vida quando houvesse entre dador e receptor uma relação de parentesco até ao 3.º grau. Esta Lei excluía a doação entre cônjuges, a qual representa uma relação emocional e não de consanguinidade. A Lei n.º 22/2007, de 29 de Julho, que substitui a anteriormente referida, prevê agora que pessoas sem relação de familiaridade possam doar órgãos ou tecidos entre si, desde que não sejam motivadas

por recompensas financeiras. A alteração da legislação portuguesa representa um exemplo da mudança do paradigma relacional da doação em vida, que se alarga da relação familiar de consanguinidade para a relação emocional. Deste modo, a doação em vida assenta numa relação de reconhecimento da identidade pessoal do outro na medida em que o dador identifica o outro como receptor.

No que se refere aos casos *post mortem*, a doação é estimulada ainda pelo apelo ao outro. No entanto, não se trata de uma relação de reconhecimento do outro, em que o dador identifica o receptor (seja familiar ou próximo). O fundamento da doação *post mortem* não é a relação pessoal e directa, mas antes uma relação anónima. O dador e o receptor têm uma identidade desconhecida que é salvaguardada pelo princípio de confidencialidade.

O terceiro e último ponto, e, quanto a nós, aquele que melhor consolida o plano de reflexão sobre a noção de “pessoa” com o plano de reflexão da doação para transplante, é a afirmação da pessoa como um ser singular e ser comunitário. No domínio do pensamento filosófico, a singularidade da pessoa é constituída por uma autonomia que determina a sua identidade e fundamenta a sua dignidade. Além do mais, a pessoa é reconhecida também na comunidade, onde se confronta com a presença do outro que solicita uma atitude de respeito pelos seus direitos, através do princípio de solidariedade. Os valores de autonomia e solidariedade, intrínsecos à pessoa singular e comunitária, assumem uma expressão directa na reflexão ética da doação de órgãos e tecidos para transplantação. Toda e qualquer doação – em vida ou *post mortem* – é baseada em dois princípios éticos elementares, a saber, a autonomia e a solidariedade.

De um modo geral, o princípio de autonomia consiste na autorização por parte da pessoa para que seja realizada uma determinada intervenção no seu corpo. Deste modo, a

autonomia, como princípio ético, é concretizada na expressão prática de consentimento informado. No caso específico da doação para transplantação, este consentimento não é determinado pela intencionalidade terapêutica do procedimento no corpo do dador para promoção da sua saúde. O consentimento informado é, antes, expressão do carácter voluntário e altruísta da dádiva, com o objectivo último de contribuir para o bem-estar de outrem.

Na situação concreta dos dadores *post mortem*, verificamos que o modelo de consentimento informado (restrito ou alargado) é aquele que melhor salvaguarda o respeito pela autonomia individual da pessoa que manifestou a vontade de ser dadora após a morte.

Também na situação da doação em vida entre familiares, a autonomia mantém-se como o princípio predominante, através do consentimento informado para doar um órgão a um membro da família. Mas, é importante acentuar que a autonomia no contexto da doação entre familiares pode ser o princípio ético mais ameaçado. O potencial dador pode ser sujeito de pressão psicológica por parte dos restantes familiares para doar um órgão. E, assim sendo, as pressões exteriores que conduzem à obrigação de doar condicionam o carácter voluntário da dádiva, provocando uma violação do princípio da autonomia e uma manipulação do consentimento informado.

Por seu turno, o princípio de solidariedade, que está na génese da relação social de respeito pelo outro e de promoção do bem comum, exprime-se a partir da gratuidade da dádiva, ou seja, na doação desinteressada e altruísta, e sem fins comerciais.

O princípio de solidariedade na doação *post mortem* expressa-se mais concretamente no modelo de consentimento presumido. Prevê-se que as pessoas, em caso de morte, queiram contribuir com a doação de partes do seu corpo para a saúde de

alguém que se encontra em lista de espera, ajudando assim aquele outro membro da sociedade da qual faz parte. No entanto, a concretização máxima do princípio de solidariedade no modelo de não expressão de oposição à dádiva pode provocar algumas contradições, nomeadamente se este não for devidamente articulado com o princípio da autonomia. A pessoa pode estar ameaçada no respeito pela sua autonomia pessoal se for considerada dadora, uma vez falecida, sem estar esclarecida desta possibilidade. Se assim for, a colheita *post mortem* constitui uma usurpação dos direitos individuais em prol dos valores da comunidade.

No caso concreto do alargamento da doação a todos os voluntários que queiram em vida doar os seus órgãos, o princípio dominante é o da solidariedade, ainda que seja sempre exigido o cumprimento do princípio da autonomia, através do consentimento informado. A solidariedade é o princípio que mais se destaca uma vez que a relação ultrapassa a esfera familiar e aponta para a relação social. A doação é eticamente aceitável desde que esta seja voluntária (autónoma) e gratuita (solidária). A pressão exterior provocada por interesses financeiros anula a solidariedade como princípio ético e como reconhecimento da vida da pessoa na sociedade. O culminar da anulação dos princípios de autonomia e solidariedade é demonstrado através da comercialização de órgãos para transplante, com redes criminosas e tráfico ilegal de órgãos. Nestas situações limite, de total exploração da vulnerabilidade humana, evidencia-se um total desrespeito pelos direitos e interesses individuais dos dadores, anulando a realização conjunta dos princípios da autonomia e da solidariedade.

Face ao exposto, procurámos, através do nosso estudo, apresentar um contributo para a reflexão ética da doação de órgãos, tecidos e células para fins de transplantação,

partindo da fundamentação da noção filosófica de “pessoa”. Nesta nossa tentativa de aproximação dos dois discursos – o filosófico sobre a noção de “pessoa” e o médico sobre a doação de órgãos e tecidos – foram intercalados outros capítulos que nos permitiram compreender a realidade dos transplantes. A primeira perspectiva que destacamos é a histórica, que consiste na sistematização do processo evolutivo das terapêuticas de transplantação, marcado pela afirmação de um sonho visionário, pela exploração da fase experimental e, por fim, pelo aperfeiçoamento da terapêutica. A segunda perspectiva prende-se com o panorama actual dos transplantes que se caracteriza pela discrepância literalmente fatal que existe entre o número de órgãos e o número de candidatos a transplantes. Por último, destacamos os horizontes futuros dos transplantes e as alternativas em investigação e vias de desenvolvimento que visam colmatar a escassez de órgãos para transplante, nomeadamente a utilização de órgãos artificiais, o xenotransplante e a investigação em células tronculares, elucidando para os diferentes problemas éticos que se colocam em cada tema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências bibliográficas estão distribuídas em diferentes secções, com o objectivo de facilitar a consulta dos documentos que serviram de suporte para a elaboração desta dissertação.

O ponto 1 refere-se a “bibliografia de carácter filosófico” e a partir da qual se estudou o conceito filosófico de “pessoa”. Este ponto está subdividido em duas diferentes secções: “livros”, que reúne as obras de filosofia que contribuíram para a estruturação da temática antropológica, e também outros estudos sobre os grandes sistemas filosóficos; “artigos”, que reúne textos de colectâneas, publicações periódicas e enciclopédias.

O ponto 2 refere-se a “bibliografia de carácter biomédico” a partir da qual se trabalhou o tema dos transplantes e as implicações éticas que estão relacionadas com a doação de órgãos, tecidos e células. Tendo em conta que a temática referente aos problemas éticos da doação e transplantação é muito actual e com documentação muito diversificada, este segundo ponto está subdividido em quatro diferentes secções: “livros”, que inclui as obras de autor ou diversos autores; “artigos”, que inclui artigos de revistas, jornais científicos e enciclopédias, artigos de imprensa que fazem referência a factos relevantes sobre transplantes e outras informações que não estão publicadas, mas que foram apresentadas em reuniões científicas; “documentação ético-jurídica”, que inclui Declarações Universais, Convenções internacionais, e a legislação e pareceres que regulam os transplantes em Portugal; “documentação disponível on-line”, que inclui outros documentos e informações diversas que se encontram na *World Wide Web* e a respectiva data de consulta.

## 1. BIBLIOGRAFIA DE CARÁCTER FILOSÓFICO

### 1.1. LIVROS

CORETH, Emerich, *O que é o homem? Elementos para uma antropologia filosófica*, Verbo, Lisboa, 1988.

DESCARTES, René, *Discurso do método*, Publicações Europa-América, Mem Martins, 1986.

DESCARTES, René, *Meditações sobre a filosofia primeira*, Livraria Almedina, Coimbra, 1976.

DIAS, Isabel Matos, *Elogio do sensível. Corpo e reflexão em Merleau-Ponty*, Litoral Edições, Lisboa, 1989.

GEVAERT, Joseph, *El problema del hombre. Introducción a la Antropología Filosófica*, Ediciones Sigueme, Salamanca, 1991.

GILSON, Étienne, *Introduction à l'étude de Saint Augustin*, J. Vrin, Paris, 1987.

GILSON, Étienne, *Le Thomisme. Introduction à la philosophie de Saint Thomas d'Aquin*, J. Vrin, Paris, 1987.

GROETHUYSEN, Bernard, *Antropologia filosófica*, Editorial Presença, Lisboa, 1988.

KANT, Immanuel, *Fundamentação da metafísica dos costumes*, Edições 70, Lisboa, 1988.

LECOURT, Dominique, *Humano pós-humano*, Edições 70, Lisboa, 2003.

LEVINAS, Emmanuel, *Totalidade e infinito*, Edições 70, Lisboa, 1988.

MERLEAU-PONTY, Maurice, *Phénoménologie de la perception*, Éditions Gallimard, Paris, 2005.

*Nova Bíblia dos Capuchinhos*, Difusora Bíblica, Lisboa, 1998.

RICOEUR, Paul, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, 1990.

ROSS, David, *Aristóteles*, Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1987.

SCHELER, Max, *El puesto del hombre en el cosmos*, Editorial Losada, Buenos Aires, 1938.

SÈVE, Lucien, *Para uma crítica da razão bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 1997.

VAZ, Henrique C. de Lima, *Antropologia filosófica*, I, Edições Loyola, São Paulo, 2001, 6.<sup>a</sup> edição.

## 1.2. ARTIGOS

CORREIA, Carlos João, “Identidade pessoal. Notas para uma redefinição do conceito de pessoa segundo o pensamento de Ricoeur”, *Philosophica*, 12 (1998), pp. 75-88.

DÍAZ, Carlos, “Pessoa”, in Adela Cortina (dir.), *10 palavras chave em ética*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 1997, pp. 281-318.

GALVÃO, H. Noronha, “Origem teológica do conceito de pessoa. Algumas notas”, *Communio. Revista Internacional Católica*, XIX (2002/3), pp. 205-208.

LUCAS, R. Lucas, “Morte cerebral e morte do homem: a recuperação da morte humana”, *Brotéria*, 150 (2000), pp. 203-222.



MAGALHÃES, Vasco Pinto de, “A pessoa humana”, in Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), *Bioética*, Verbo, Lisboa, 1996, pp. 59-64.

PATRÃO NEVES, M., “A pessoa e o seu universo”, *Revista Portuguesa de Filosofia*, 52 (1996), pp. 603-615.

PATRÃO NEVES, M., “Autonomia e responsabilidade da pessoa”, in *Poderes e limites da genética*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 1998, pp. 13-26.

PATRÃO NEVES, M., “Entre a Psicologia e a Metafísica: a «Ciência do Homem». Contributo de Maine de Biran para a «Antropologia Filosófica»”, *Revista Portuguesa de Filosofia*, Tomo L, 1/3, (1994), pp. 277-289.

PATRÃO NEVES, M., “O «homem verdadeiro», segundo Descartes”, in Maria José Cantista e José Francisco Meirinhos (coord.), *Descartes, reflexão sobre a modernidade. Actas do Colóquio Internacional (Porto, 18-20 de Novembro, 1996)*, Ed. Fundação Engenheiro António de Almeida, Porto, 1998, pp. 349-362.

PATRÃO NEVES, M., “Repensar o homem”, *Brotéria*, Vol. 142, 5/6 (1996), pp. 603-609.

PITTA, Carlos, “Mónada”, in *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Vol. 3, Verbo, Lisboa, 1999, pp. 933-937.

RENAUD, Isabel, “Corpo”, in *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Vol. 1, Verbo, Lisboa, 1989, pp. 1175-1182.

RENAUD, Michel, “A tensão entre o bem individual e o bem comum”, in *Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 1998, pp. 9-16.

SILVA, Maria Luísa Portocarrero Ferreira da, “A relação corpo-espírito”, in Luís Archer,

Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), *Bioética*, Verbo, Lisboa, 1996, pp. 64-70.

TEIXEIRA, Joaquim de Sousa, “Pessoa”, in *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Vol. 4, Verbo, Lisboa, 1992, pp. 95-120.

## 2. BIBLIOGRAFIA DE CARÁCTER BIOMÉDICO

### 2.1. LIVROS

ALLIANCE-O – European Group Coordination of National Research Programmes on Organ and Transplantation 2004-2007, *White paper*, Era-Net Scheme, 2007.

CRUZ, Jorge, *Morte cerebral: do conceito à ética*, Climepsi Editores, Lisboa, 2004.

CUNHA, Jorge Teixeira da, *Bioética breve*, Paulus Editora, Apelação, 2002.

DEGOS, Laurent, *Os enxertos de órgãos*, Instituto Piaget, Lisboa, 1994.

LOUREIRO, João, *Transplantações: um olhar constitucional*, Coimbra Editora, Coimbra, 1995.

NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS, *Animal-to-human transplant: the ethics of transplantation*, published by Nuffield Council on Bioethics, London, 1996

PALLIS, C., e HARLEY, D.H., *ABC of brainstem death*, BMJ Publishing Group, London, 1996.

PATRÃO NEVES, M., e OSSWALD, Walter, *Bioética simples*, Verbo, Lisboa, 2007.

PENCE, Gregory E., *Classic cases in medical ethics. Accounts of the cases that have*

*shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds*, McGraw-Hill, New York, 1990.

PESSINI, Leo, e BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de, *Problemas atuais de bioética*, Editora do Centro Universitário de São Camilo, Edições Loyola, São Paulo, 2002, 6.<sup>a</sup> edição.

PINA, J.A. Esperança, *A responsabilidade dos médicos*, Lidel, Lisboa, 2002, 3.<sup>a</sup> edição, revista e aumentada.

## 2.2. ARTIGOS

ABADIE, Alberto e GAY, Sebastien, “The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study”, *Journal of Health Economics*, 25 (2006), pp. 599-620.

ABOUNA, G. M., “The humanitarian aspects of organ transplantation”, *Transplant International*, 14 (2001), pp. 117-123.

ALEXANDER, Shana, “They decide who lives, who dies”, *Life* (November 9, 1962), pp. 102-125.

ANTUNES, Alexandra, “Consentimento informado”, in Daniel Serrão e Rui Nunes (coord.), *Ética em cuidados de saúde*, Porto Editora, Porto, 1998, pp. 13-27.

ARCHER, Luís, “Homem renovável”, in *Da genética à bioética*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2006, pp. 315-337.

“Baby Fae: ethical issues surrounding cross-species organ transplantation”, Scope Note #5, Bioethics Library, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington, D.C. 20057, pp. 1-19.

BOTELLA, J. “Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos”, *Nefrologia*, Vol. XIV, Suplemento 1 (1994), pp. 61-63.

CARVALHO, Ana Sofia, “Transplante de células estaminais. Um caso particular: a clonagem”, *Cadernos de Bioética*, 27 (2001), pp. 45-56.

COBO, José Luis Escalante, “La definición de muerte”, in Javier Gafo (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1996, pp. 53-74.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, “Relatório sobre investigação em células estaminais”, anexo ao “Parecer 47/CNECV/2005 – Parecer sobre a investigação em células estaminais”, *Documentação 10 – ano 2005*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 2006, pp. 95-126.

COSTA, J. Pinto da, “Interferência do consentimento informado no aspecto técnico-científico do exercício da medicina”, in *O consentimento informado. Actas do I Seminário promovido pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (30 a 31 de Março de 1992)*, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, Lisboa, 1995, pp. 103-109.

DELEURY, Edith, “Embrião excedentário” in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa (dir.), *Nova enciclopédia da bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 2003, pp. 310-311.

ENGLISH, V., e SOMMERVILLE, A., “Presumed consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey?”, *Journal of Medical Ethics*, 29 (2003), pp. 147-152.

*Expresso* (8 de Dezembro de 2006).

FARIA E MAIA, Dionísio, “Processo de doação – o caso açoriano”, comunicação apresentada no Colóquio *Doação e Transplantação de Órgãos: autonomia individual e solidariedade social*, realizada na Universidade dos Açores, a 2 de

Março de 2007.

FERRY, Luc, “Direitos dos animais”, in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa (dir.), *Nova enciclopédia da bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 2003, pp. 256-258.

FRUTOS, M.A., “Concienciación para la donación”, *Nefrologia*, Vol. XIX, 4 (1999), pp. 288-293.

GAFO, Javier, “Reflexiones éticas sobre los trasplantes de órganos”, in Javier Gafo (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1996, pp. 138-160.

GRACIA, Diego, “Historia del trasplante de órganos”, in Javier Gafo (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1996, pp. 13-32.

GRACIA, Diego, “Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética”, *Revista de Nefrología*, Vol. XXI, Suplemento 4 (2001), pp. 13-29.

HERMEREN, Göran, “Xenotransplantação”, in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa, *Nova enciclopédia da bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 2003, pp. 695-696.

HOTTOIS, Gilbert, “Corpo humano”, in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa (dir.), *Nova enciclopédia da bioética*, Instituto Piaget, Lisboa, 2003, pp. 190-197.

KOECHLIN, Florianne, “The animal heart of the matter: xenotransplantation and the threat of new diseases”, *The ecologist*, Vol. 26, 3 (May/June, 1996), pp. 93-97.

LASMAR, Euler Pace, e VILELA, Eduardo Garcia, “Imunossupressão”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Mads Editoria Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, 2004, Rio de Janeiro, pp. 88-121.

LIMA, Cristina, “Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos”, *Medicina Interna*, Vol. 12, 1 (2005), pp. 6-10.

MACHADO, Joaquim Pinto, “A utilização do cadáver humano em medicina”, in *Bioética: questões em debate*, Publicações da Faculdade de Filosofia de Braga – Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2001, pp. 117-128.

MACHADO, Joaquim Pinto, “Capítulo VI – Colheita de órgãos e tecidos de dadores vivos para fins de transplante”, in *Direitos do homem e biomedicina*, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2003, pp. 123-127.

MAGALHÃES, Renato Almeida, SANCHES, Marcelo Dias, e PEREIRA, Walter Antonio, “Dador”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Madsj Editora Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, pp. 202-229.

MATESANZ, Rafael, “Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores”, *Nefrologia*, Vol. XIV, 6 (1994), pp. 633-645.

MELO, João Queiroz e, “Confidencialidade nas terapêuticas de transplantação” in Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), *Bioética*, Lisboa, Verbo, 1996, pp. 296-298.

MELO, João Queiroz e, “Consentimento informado do receptor e do dador” in Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), *Bioética*, Lisboa, Verbo, 1996, pp. 292-296.

MELO, Helena, BRANDÃO, Cristina, REGO, Guilhermina, e NUNES, Rui, “Ethical and legal issues in xenotransplantation”, *Bioethics*, Vol. 15, 5/6 (2001), pp. 427-442.

MIRANDA, B., ALVAREZ, I. González, ÁRIAS, M., e MATESANZ, R.,

“Xenotrasplante: aspectos éticos y legales”, *Nefrologia*, Vol. XIX, 1 (1999), pp. 2-8.

NASCIMENTO, Evaldo, TORRES, Margareth Afonso, e CARVALHO, Rosélia Maria de, “Fundamentos de imunologia de transplantes”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Madsj Editora Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, pp. 58-73.

NASCIMENTO, Paulo, “Transplantes de órgãos humanos: a natureza do cadáver e dos órgãos e tecidos à luz do direito privado”, in *Homenagem ao Professor Doutor André Gonçalves Pereira*, Edição da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Coimbra Editora, Coimbra, 2006, pp. 1027-1078.

OSSWALD, Walter, “Alguns aspectos éticos da investigação com células tronculares (ou estaminais)”, in *Cadernos do Mosteiro*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2007, pp. 143-151.

OSSWALD, Walter, “Transplante de células ou tecidos de origem embrionária ou fetal – uso ou abuso?”, in *Cadernos do Mosteiro*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2007, pp. 57-65.

PEREIRA, M. Caetano, “História da transplantação e bioética”, *Cadernos de Bioética*, 27 (2001), pp. 23-33.

PEREIRA, Walter Antonio, “História dos transplantes”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Madsj Editora Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, pp. 1-8.

PEREIRA, Walter Antonio, e WOLF, Philippe, “Xenotrasplante”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Madsj Editora Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, pp. 445-459.

PITA, Fernando, e CARMONA, Cátia, “Morte cerebral: do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo”, *Acta Médica Portuguesa*, 17 (2004), pp. 70-75.

PRESIDENT’S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIOURAL RESEARCH, “Guidelines for the determination of death”, *JAMA*, Vol. 246, 19 (1981), pp. 2184-2186.

SANZ, Ariadna, BONI, Reginaldo C., GHIRARDINI, Angelo, COSTA, Alessandro Nanni, e MANYALICH, Marti, “IRODaT: 2005 donation and transplantation preliminary figures”, *Organs, Tissues and Cells*, 1 (2006), pp. 9-12.

REBIMBAS, Fragoso, “Colheita e transplantação de órgãos na Região Autónoma dos Açores”, comunicação apresentada no Colóquio *Doação e Transplantação de Órgãos: autonomia individual e solidariedade social*, realizada na Universidade dos Açores, a 2 de Março de 2007.

SEVER, Mehmet Sukru, “Living unrelated – commercial – kidney transplantation: when there is no chance to survive”, *Pediatric Nephrology*, 21 (2006), pp. 1352-1354.

TELES, Natália Oliva, “Transplantação de células embrionárias e fetais: perspectivas futuras”, *Cadernos de Bioética*, 27 (2001), pp. 35-44.

TOPPA, Nivaldo Hartung, “Anatomia patológica da rejeição de transplantes”, in Walter A. Pereira (coord.), *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*, Madsj Editora Médica e Científica, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004, pp. 74-87.

### **2.3. DOCUMENTAÇÃO ÉTICO-LEGAL**

CONSELHO DA EUROPA, “Convenção europeia sobre a protecção dos animais vertebrados utilizados para fins experimentais e outros fins científicos”, que serve



de Anexo à “Conclusão pela Comunidade da Convenção europeia sobre a protecção dos animais vertebrados utilizados para fins experimentais e outros fins científicos”, *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, L 222, de 24 de Agosto de 1999.

CONSELHO DA EUROPA, “Convenção para a protecção dos Direitos do Homem e a Dignidade do Ser Humano face às aplicações da biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”, *Diário da República*, I Série A, n.º 2, de 3 de Janeiro de 2007.

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” (2002), in *A Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina Revisitada*, *Revista Portuguesa de Bioética*, Suplemento 1, (2007).

CONSELHO DA EUROPA, “Recommendation Rec(2003)10, of the Committee of Ministers to member states on xenotransplantation, 19 June 2003”, disponível em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=4582&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75> e acedido a 28 de Julho de 2008.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, “Parecer 47/CNECV/2005 – Parecer sobre a investigação em células estaminais”, *Documentação 10 – ano 2005*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, “Parecer sobre a Proposta de Lei n.º 65/X (Alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril – Colheita e Transplante de órgãos e tecidos humanos)”, *Documentação 11 – Ano 2006*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 2007.

DECLARAÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS, prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93,

de 22 de Abril, *Diário da República*, I Série B, n.º 235, de 11 de Outubro de 1994.

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

DECRETO REGULAMENTAR N.º 67/2007, *Diário da República*, I Série, n.º 103, de 29 de Maio de 2007.

LEI N.º 12/93, *Diário da República*, I Série A, n.º 94, de 22 de Abril de 1994.

LEI N.º 22/2007, *Diário da República*, I Série, n.º 124, de 29 de Junho de 2007.

UNESCO, “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”, disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf> e acedido a 20 de Dezembro de 2008.

#### **2.4. DOCUMENTAÇÃO DISPONÍVEL ON-LINE**

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](http://saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio2007.pdf) e acedido a 14 de Setembro de 2008.

CENTRO NACIONAL DE DADORES DE CÉLULAS DE MEDULA ÓSSEA, ESTAMINAIS OU DE SANGUE DO CORDÃO, “Relatório das actividades CEDACE – 2007”, disponível em [http://www.chsul.pt/relatorio\\_cedace.html](http://www.chsul.pt/relatorio_cedace.html) e acedido a 17 de Junho de 2008.

COMISSÃO EUROPEIA, “Human organ transplantation in Europe: an overview”, disponível em [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/human\\_substance/document/s/organs\\_survey.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/document/s/organs_survey.pdf) e acedido a 19 de Julho de 2007.

COMISSÃO EUROPEIA, “Organ donation and transplantation: policy actions at EU level”, Brussels, 30.05.2007, disponível em [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/human\\_substance/documents/organs\\_com\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/documents/organs_com_en.pdf) e acedido a 19 de Junho de 2008.

“Como é feita a colheita”, disponível em [http://dn.sapo.pt/2005/08/20/sociedade/como\\_e\\_feita\\_a\\_colheita.html](http://dn.sapo.pt/2005/08/20/sociedade/como_e_feita_a_colheita.html) e acedido a 20 de Janeiro de 2008.

CONSELHO DA EUROPA, “International figures on organ donation and transplant – 2005, Newsletter Transplant”, Vol. 11, 1, 2006, disponível em [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/2006transplantNWSLTTR\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/2006transplantNWSLTTR_en.pdf) e acedido a 27 de Fevereiro de 2008.

CONSELHO DA EUROPA, “International figures on organ donation and transplant – 2007, Newsletter Transplant”, 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.

“Israelita procurado por tráfico de órgãos”, disponível em [http://dn.sapo.pt/2005/08/22/sociedade/israelita\\_procurado\\_trafico\\_orgaos.html](http://dn.sapo.pt/2005/08/22/sociedade/israelita_procurado_trafico_orgaos.html) e acedido a 20 de Novembro

de 2007.

“Mozambique: red criminal de tráfico de órgãos”, disponível em <http://hazteoir.org/modules.php?name=Noticias&file=article&sid=269> e acedido a 12 de Novembro de 2007.

MURILLO, Juan Sebastián Parra, “Trasplantes de órganos naturales y artificiales”, disponível em <http://www.monografias.com/trabajos17/organos-artificiales/organosartificiales.shtml?monosearch> e acedido a 27 de Dezembro de 2007.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, “25 facts about organ donation and transplantation”, disponível em <http://www.kidney.org/news/newsroom/fsitem.cfm?id=30> e acedido a 12 de Agosto de 2007.

ORGAN PROCUREMENT AND TRANSPLANTATION NETWORK, disponível em <http://www.optn.org/data/> e acedido a 11 de Agosto de 2008.

ORGANIZAÇÃO PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO, “Relatório de actividades – 2004, disponível em [http://www.opt.min-saude.pt/Ficheiros/Relatorio\\_Actividades\\_2004.pdf](http://www.opt.min-saude.pt/Ficheiros/Relatorio_Actividades_2004.pdf) e acedido a 12 de Junho de 2008.

“Pena de morte: execuções decrescem à medida que aumenta a pressão mundial para uma moratória”, disponível em [http://www.amnistiainternacional.pt/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=149](http://www.amnistiainternacional.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=149) e acedido a 16 de Setembro de 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, “World health statistics – 2007”, disponível em <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf> e acedido a 23 de Dezembro de 2007.