

Transplante de Órgãos: dadores vivos

Ana Gonçalves*

Este trabalho, sob a forma de ensaio, consiste na reflexão sobre até que limite se pode colocar a vida de uma pessoa, um potencial dador, em risco para benefício de outra, mesmo que este seja a sua sobrevivência.

Assim além do problema levantado e da questão que lhe está associado (poder-se-á colocar em risco a vida de uma pessoa para benefício de outra?), identifiquei ainda outras questões pertinentes como será que se sabe quais são os riscos reais a curto e longo prazo para os dadores de órgãos?; até que ponto é o risco aceitável?; será que o dador tem verdadeira noção dos riscos que corre e que a informação é transmitida de forma a que lhe seja perceptível?; e poderá ser o consentimento influenciado por outros factores externos à ponderação da relação risco-benefício?

A metodologia utilizada para atingir os objectivos propostos foi, após a escolha do tema e definição de um problema, a pesquisa bibliográfica relevante para o tema, tendo em conta argumentos e contra-argumentos, a sistematização de ideias/argumentos recolhidos e uma reflexão pessoal. Sendo o tema genérico o Transplante de Órgãos são várias as questões éticas que se levantam nomeadamente, quem deve ter prioridade/preferência nas listas de espera, “quanto” investem os médicos em salvar uma pessoa, no interesse de salvar um órgão, entre várias outras. No entanto, optei por escolher um tema relacionado com dadores vivos por ser algo que actualmente tem vindo a crescer, dado que os órgãos vindos de dadores mortos são insuficientes para satisfazer as necessidades, e por, em alteração à Lei n.º 12/93, ser agora possível a doação de órgãos em vida por pessoas que não sejam relacionadas por laços de consanguinidade, aumentando também a possibilidade deste tipo de transplantes em Portugal.

Apesar de este ser um tema que pode ser abordado de vários ângulos optei por me referir apenas a órgãos, excluindo por isso os tecidos e células e, dentro dos órgãos, mais especifica-

mente em relação à doação de rins, fígado e pulmões, por serem os transplantes mais comuns. Assim, é apresentada uma breve descrição sobre bioética e sobre o transplante de órgãos, enquadrando a lei portuguesa referente à colheita e transplante de órgãos. São depois referidos alguns dados recolhidos de pesquisa bibliográfica e electrónica que visam sustentar a minha posição face a este tema, apresentada também neste trabalho.

Ao tratar-se de um ensaio, este trabalho tem como principais objectivos reflectir sobre o problema identificado, sistematizando ideias/argumentos sobre o mesmo, procurando chegar a uma interpretação/conclusão. Com a realização deste trabalho tenho como objectivos desenvolver a minha capacidade de análise e reflexão, bem como de pesquisa e sintetização de informação. Espero ainda ampliar os meus conhecimentos na área dos transplantes, especialmente em relação aos dadores vivos e desenvolver o meu espírito crítico, de forma a que consiga transmitir a minha posição face a este tema de uma forma fundamentada.

1. Enquadramento Teórico

Abordam-se os tópicos relativos a bioética e transplantes de órgãos, situando o contexto e a problemática em análise.

Bioética

A expressão bioética inicialmente utilizada por Van Rensselaer Potter, em 1970, designa actualmente “o conjunto de preocupações, discursos e práticas que surgiram e se vieram a estruturar num novo saber, hoje uma referência dispensável para a medicina, biologia, filosofia, sociologia, direito e até para a acção política, de tal modo que hoje se fala na era da bioética.” (NETO, 2006).

* Estudante do 7º CLE da ESS-IPS

- Artigo revisto pela Prof. Lucília Nunes, Responsável pela Unidade Curricular de Ética II

De uma forma geral pode-se atribuir esta “era da bioética” a três factos históricos, como sejam o abuso da experimentação em seres humanos, o surgimento e desenvolvimento de novas tecnologias e o facto dos referenciais éticos tradicionais, como o código hipocrático, a ética filosófica e a ética médica tradicional, não se revelarem suficientes para responder a todas as questões decorrentes dos avanços tecnológicos e das novas possibilidades terapêuticas que surgiram (NETO, 2006).

Em 1978 é emitido, pelos EUA, o Relatório Belmont que definiu três princípios éticos para as experiências em seres humanos, o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça. Em 1979 os princípios da bioética foram reestruturados, obtendo-se quatro princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça¹. Por princípio entende-se que “fornece as grandes orientações e delimitam atitudes” (MALAGUTTI, 2007, p.134) O princípio da autonomia, ou princípio da liberdade, refere-se ao respeito pelas escolhas e decisões autónomas/livres da pessoa, isto é, pelas decisões que sejam tomadas de forma intencional, sem influências e com a compreensão pela decisão que está a tomar. No entanto, este deve ser englobado nos outros princípios, não podendo por isso ser o único princípio a ter em conta (CABRAL *et al*, 1996, pp. 53-54).

Actualmente, já é obrigatório preencher e assinar o “consentimento informado” – “uma autorização autónoma dada para uma intervenção médica e/ou pesquisa e condições legais por ela implicada” (CABRAL *et al*, 1996, pp. 53-54), procurando garantir o cumprimento deste princípio. O princípio da não maleficência, como o próprio nome indica, refere-se à exigência geral de não fazer mal a outros, entendendo-se aqui por mal causar alterações físicas negativas, como dor, doenças, incapacidades ou mesmo a morte (CABRAL *et al*, 1996, p. 55). Este princípio encontra-se intimamente ligado ao da beneficência, onde se postula a “obrigação de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal (CABRAL *et al*, 1996, p. 56). O princípio da justiça refere-se à justiça distributiva, isto é, como decidir, face aos recursos disponíveis, a que pessoas esses mesmos recursos devem ser distribuídos (CABRAL *et al*, 1996, p. 57).

Transplantes de Órgãos

A transplantação de órgãos pode ser considerada o acontecimento mais revolucionário do

século XX, no campo da ciência médica, sendo uma “modalidade terapêutica multidisciplinar muito complexa em que se procura substituir um tecido ou um órgão irreversivelmente lesados e cujo funcionamento deficiente pode mesmo acarretar risco de vida para o seu portador, por um outro, considerado clinicamente saudável e que é obtido de dador vivo ou de cadáver” (50/CNECV/06). A transplantação compreendem diversos subtipos, como sejam os autotransplantes, onde a fonte e o receptor são o mesmo organismo, isto é, “do próprio no próprio”, os homotransplantes, em que a transferência de tecidos, órgãos e células é realizada de um indivíduo para outro da mesma espécie, e por último o xenotransplante, onde o dador e o receptor são de espécies diferentes (50/CNECV/06).

Os principais órgãos que se podem doar são o coração, os rins, o fígado, o pâncreas e os pulmões. Além do transplante de órgãos existe ainda a opção de serem transplantados tecidos como sejam a medula óssea, a pele, os ossos, as córneas e as válvulas cardíacas (HERRGUTH *et al*, 2006). No caso dos dadores vivos, desde que em condições de saúde, podem ser doados o rim, fígado, pulmões, pâncreas e intestino, sendo os três primeiros os mais frequentes (GRUTERS, 2006). Segundo o Protocolo Adicional à Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana, tendo como base a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, os princípios subjacentes aos transplantes são o princípio da dignidade humana, da integridade física, da identidade pessoal, da igualdade, da inviolabilidade da vida humana, da protecção da saúde, da solidariedade e o princípio da autonomia (ASCENSÃO, 2007, p. 34), encontrando-se todos eles ligados directa ou indirectamente aos quatro princípios da bioética referidos acima – o princípio da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça. Com o desenvolvimento da transplantação de órgãos veio também a necessidade de se rever a definição e os critérios de morte, uma vez que a maioria das colheitas de órgãos era realizada em dadores mortos. Se antes os critérios de morte incidiam na paragem cardíaco-respiratória agora incidem na cessação das funções cerebrais (PARIZEAU, 1998, p. 361) (Ver anexo 2) e cabe à Ordem dos Médicos, segundo a Lei n.º 22/2007, enunciar e manter actualizados os critérios e regras de

semiologia médico-legal para a verificação da morte cerebral. Com o crescente sucesso na realização de transplantes de órgãos foi também crescendo a procura, levando à necessidade de criar uma lei que regulamentasse todo este processo, desde a colheita à implantação, com a procura por definir quais os critérios para se ser dador e os seus direitos, bem como quais as instituições onde os vários processos se desenrolam.

Foi então emitida a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, actualizada há um ano – Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho (ver anexo 3). Da Lei n.º 22/2007, advém que é obrigatório a confidencialidade em todo o processo, bem como a gratuidade da doação dos órgãos. Esta estipula ainda os estabelecimentos autorizados e as pessoas qualificadas para a realização de transplantes, incluindo a colheita de órgãos.

São também estabelecidos os critérios para a colheita de órgãos em dadores vivos, como sejam o facto de não haver outra hipótese de colheita em dador morto e em que não exista outra hipótese terapêutica tão eficaz como esta e ainda de que não pode acarretar uma elevada probabilidade de lesões na saúde do dador. Os menores ou adultos incapazes não podem ser dadores, sempre que envolvam órgãos não regeneráveis, excepto caso não exista outro dador compatível, o receptor seja um irmão/ã e que desta dependa a sobrevivência do receptor. Caso a dádiva seja referente a órgãos não regeneráveis esta encontra-se dependente da aceitação por parte da Entidade de Verificação de Admissibilidade da Colheita para Transplantes (EVA). Com a alteração da lei passou a ser contemplado que o dador vivo pode ser qualquer pessoa, conjugues ou amigos, independentemente de haver ou não relação de consanguinidade, o que não se verificava na Lei n.º 12/93 onde o dador vivo tinha de ser um familiar até ao 3º grau. A presente lei faz ainda referência à obrigatoriedade do consentimento informado por parte do dador e do receptor e menciona ainda que após a morte todos as pessoas são potenciais dadores caso não tenham manifestado, através da inscrição do Registo Nacional de não Dadores (RENDA), vontade em contrário.

2. Exposição, Fundamentação e Reflexão

Neste capítulo será feita uma abordagem bibliográfica relativamente ao tema do transplante de

órgãos com dadores vivos, essencialmente dirigida ao problema apresentado, saber se será admissível colocar a vida de uma pessoa em risco para benefício de outra, e uma reflexão pessoal sobre este.

Dadores Vivos

Será feita uma abordagem essencialmente bibliográfica, centrada nos transplantes de órgãos com dadores vivos, referindo alguns argumentos relativos ao problema levantado. Actualmente, com a falta de órgãos que existe para transplantação vem-se recorrendo cada vez mais aos dadores vivos e, com o alargamento, por parte da lei portuguesa, este número começa a crescer, apelando-se à solidariedade das pessoas que se encontrem em condições de saúde para o fazerem, principalmente a familiares e amigos. No entanto, com a crescente utilização de dadores vivos são também levantadas algumas questões não só médicas mas principalmente de ordem ética, nomeadamente até que ponto se poderá colocar a saúde do dador em risco para beneficiar outra pessoa. É importante não perder de vista que a doação apenas pode ocorrer se não for quebrado nenhum dos princípios inscritos na Lei n.º 22/2007, nomeadamente “são sempre proibidas a dádiva e a colheita de órgãos, de tecidos ou de células quando, com elevado grau de probabilidade, envolvam a diminuição grave e permanente da integridade física ou da saúde do dador” (Artigo 6.º, n.º 7), ficando assim excluídos a possibilidade de doar órgãos que possam levar a pessoa à morte ou a graves danos físicos.

No entanto, será que se sabe quais são os riscos reais a curto e longo prazo para os dadores de órgãos? É sempre fundamental alertar a pessoa para os riscos que corre pois podem acarretar danos irreparáveis. Se no caso do receptor o resultado final pode levar a que os riscos sejam encarados de uma forma mais atenuada, no caso do dador isso não se verifica uma vez que este se encontra saudável e o risco é real (SOARES, 2007, pp. 45-46). Embora os dados estatísticos possam afirmar que o risco de morte é diminuto este é real e “(...) tem seguramente uma dimensão individual com um valor absoluto não quantificável” (SOARES, 2007, p. 46).

A morte pode ser encarada como algo pouco provável de acontecer e ser transmitido pelo

profissional de saúde essa mesma informação, desvalorizando-a, mas é necessário ter em conta que a morte de alguém vai ter um grande impacto na vida de outras pessoas, não podendo por isso ser desvalorizado uma vez que é um risco real e com grandes implicações. Assim, o médico pode recusar realizar um transplante com órgão de um dador vivo, mesmo que o dador expresse a sua vontade firmemente, sempre que esta implicar risco para a vida ou integridade física do dador. No entanto nem sempre é possível identificar de forma clara esses riscos, principalmente quando se referem aos riscos a longo prazo. É ainda necessário ter em conta que os riscos da intervenção mudam consoante o órgão doado e que existem riscos imediatos decorrentes da cirurgia mas que existem também riscos a longo prazo (GRUTERS, 2006). No caso da doação de um rim, de uma forma geral os riscos perioperatórios englobam, por exemplo, o risco de pneumotorax, infecção da ferida, danos peritoneais, infecção urinária, insuficiência renal aguda, reacção anafilática, entre outros (GRUTERS, 2006).

A longo prazo põem-se de facto a questão de se o dador se encontra predisposto a desenvolver doenças renais e/ou a morte prematura. Se por um lado dados estatísticos referem que a taxa de mortalidade após a doação de um rim é de 0,3% e a morbilidade inferior a 10%, por outro sabe-se que os dadores perdem 20% da função renal e ainda que a disfunção renal leve ou a proteinúria esta correlacionado com o risco cardiovascular, não havendo, no entanto, estudos suficientes para se poder perceber se estas premissas se verificam em todos os casos de doação de rim (GRUTERS, 2006). A doação de parte do fígado é considerado um dos mais perigosos, apesar de o fígado ter a capacidade de ser regenerar e recuperar a sua função, é necessário retirar a vesícula e remover entre 25 a 65 % do fígado. Assim, a doação nestes casos deverá ocorrer apenas se não for possível a doação por um dador morto e após uma análise dos riscos do dador face à qualidade de vida do futuro receptor, da gravidade da situação e do tempo de espera para que a doação seja feita por um dador morto (GRUTERS, 2006). Os riscos relacionados com o perioperatório são de uma forma geral o risco de infecção, de pneumonia, de prejuízo para o ducto biliar ou de outros órgãos ou tecidos circundan-

tes como sejam o baço e os intestinos, insuficiência hepática e o risco de uma reacção anafilática. Dados estatísticos referem ainda que a mortalidade dos dadores vivos ronda os 0,4% e a morbilidade os 35% (GRUTERS, 2006). No caso do pulmão existe um factor acrescido uma vez que são necessários dois dadores, um do lobo inferior direito e outro o lobo inferior esquerdo, colocando-se assim em risco duas pessoas para o tratamento de uma (GRUTERS, 2006). Os riscos no perioperatório deste transplante envolvem para o dador o risco de infecção, de pneumonia, de derrame pleural, de estenose brônquica, de atelectasia, de pericardite, de reacção anafilática, entre outros. Ainda não tendo sido registados mortes nos dadores a taxa de morbilidade varia de 20% a 50%. Havendo a longo prazo queixas de dor crónica, dispneia, pericardite e tosse não produtiva (GRUTERS, 2006). Em todos os casos é recomendado que seja feito um acompanhamento do dador de modo, realizando-se uma vigilância apertada sobre as possíveis complicações a longo prazo de forma a poder preveni-las ou identifica-las e trata-los precocemente (GRUTERS, 2006).

Assim, de forma genérica podemos concluir que ainda não se sabe ao certo quais são os riscos a longo prazo da doação de um órgão ou de parte deste, mas que podem vir a condicionar a qualidade de vida do dador e mesmo a sua vida, surgindo então a questão: Até que ponto é o risco aceitável? Se nalguns casos, como a doação de órgãos vitais, em que, por exemplo, um pai queira doar o coração a um filho, a resposta médica é facilitada pelo inscrito na Lei n.º 22/2007, uma vez esta não permite a morte de uma pessoa em favor de outra. Existem casos em que a resposta se torna mais complicada, principalmente quando não se sabe quais os riscos a longo prazo, tendo a equipe responsável pelo transplante a possibilidade de rejeitar aquele dador por não saber quais os riscos implicados para a sua saúde (GRUTERS, 2006). Há então que considerar a relação risco-benefício. Contudo esta relação não é apenas calculada por dados médicos mas também por julgamentos de valores pessoais, isto é, quem decide o valor do risco face ao objectivo pretendido e à importância que este tem para ele, é o dador (LAZZARETTI, 2005). A Lei n.º 22/2007 refere que a doação de um órgão por um dador vivo “só pode ser feita

no interesse terapêutico do receptor e desde que não esteja disponível qualquer órgão (...) adequado colhido de dador *post mortem* (...)” (art. 6.º, n.º 2). No entanto, “o doador e o receptor podem ter boas e suficientes razões para preferir um órgão vivo (p. ex. rim e fígado) ao invés de um enxerto de um doador morto, mesmo se tal enxerto estiver disponível.” (LAZZARETTI, 2005). A pessoa pode preferir receber um órgão de uma pessoa conhecida e pela qual é ligada afectiva e emocionalmente ou por laços de consanguinidade, em vez de receber o órgão de um dador morto com o qual não tem nenhum tipo de ligação, estando aqui implicado o princípio da autonomia e o respeito por este (LAZZARETTI, 2005). Segundo o princípio da autonomia a pessoa tem o direito a escolher sobre a sua saúde e integridade do seu corpo e de fazer escolhas que, podendo ser arriscadas, procuram dar significado à sua própria existência, pela satisfação de ter ajudado alguém querido a melhorar ou a salvar a sua vida (LAZZARETTI, 2005).

Apesar dos avanços médicos no transplante e colheita de órgãos, assegurando que o órgão a transferir se encontrar em bom estado e livre de doenças infecto-contagiosas, existe ainda um grande receio de receber algo, principalmente algo que ficará no corpo da pessoa, de alguém que não se conhece, que não se sabe o seu passado, qual a sua raça, entre outros aspectos que povoam a cabeça das pessoas e que as levam a preferir a doação por alguém que lhe é conhecido e com a qual têm alguma ligação, devendo, sempre que possível, ser respeitada essa decisão. Na prática médica existe o princípio Hipocrático “*nocere de non de primum*” (primeiro não prejudique), que é quebrado quando se trata da realização de transplantes com dadores vivos, uma vez que existe a perda de um órgão ou parte dele, com riscos associados (GUTMANN, LAND, 1999). No entanto, sendo o pedido feito pelo dador e tendo em vista benefícios para o receptor e até mesmo para o dador, nomeadamente benefícios psicológicos, o princípio Hipocrático é excedido pelo respeito pelo princípio da autonomia e da beneficência (LAZZARETTI, 2005).

No Código Deontológico do Enfermeiro, no art. n.º 78, encontra-se estipulado que “As inter-

venções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”, isto é, cabe também ao Enfermeiro assegurar a autonomia da pessoa, de forma a que possa fazer as suas escolhas de forma livre. Normalmente o princípio da beneficência é a favor da doação de órgãos por um dador vivo, isto porque relativamente ao receptor a avaliação da relação risco-benefício é positivo para o dador apresentando “vantagens psicológicas, emocionais e espirituais, tais como um aumento de amor-próprio, que podem contrabalançar pelo menos em parte, a dor, o desconforto, a ansiedade e o risco dele” (LAZZARETTI, 2005). No entanto, para que esta relação seja positiva para todos os dadores há que se verificar alguns factos como os que se encontram na Lei n.º 22/2007, nomeadamente que a doação de órgãos por dadores vivos só pode acontecer em benefício terapêutico do receptor, que não pode existir nenhum outro método terapêutico alternativo e de idêntica eficácia, caso não haja nenhum órgão apropriado disponível proveniente de um dador morto e que não acarrete risco sério à vida e saúde do dador.

Cada pessoa tem o direito de decidir como vive a sua vida, estando o respeito pelo princípio da autonomia directamente ligado à exigência do consentimento informado quer para se ser tratado, neste caso para receber o órgão, quer para ser dador, mas será que o dador tem verdadeira noção dos riscos que corre e que a informação é transmitida de forma a que lhe seja perceptível? A decisão da pessoa em ser ou não dadora de órgãos apenas deve ser tomada quando esta se encontrar e se sentir informada e esclarecida em relação a todos os riscos que a cirurgia implica, principalmente os riscos a longo prazo ou, no caso de ainda não existirem estudos conclusivos sobre o assunto, é imprescindível transmitir isso mesmo. É também necessário assegurar por parte do profissional de saúde que a pessoa se encontra informada sobre os objectivos e natureza desta intervenção e quais os seus direitos e garantias, incluindo o direito a uma segunda opinião acerca dos riscos. Todos estes aspectos de fornecer a informação à pessoa encontram-se englobados na área do consentimento informado, que deve ser livre e claro (ASCENÇÃO, 2007, p. 37).

No Código Deontológico do Enfermeiro prescreve-se que, atendendo ao respeito pela autodeterminação, cabe ao Enfermeiro “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” e “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” É então necessário assegurar que a pessoa tem consciência dos riscos que corre uma vez que a maioria das pessoas encara a doação de órgãos de uma forma ingénua subestimando os riscos (LAZZARETTI, 2005) - “Certamente, as virtudes de caridade, altruísmo, generosidade, sinceridade, e magnanimidade que entram em jogo no processo de doação não são mensuráveis. Porém, a um potencial doador deve ser dada a oportunidade de decidir considerando os riscos que estão envolvidos na sua decisão para doação” (LAZZARETTI, 2005). É também de salientar que existem ainda profissionais de saúde que omitem informação justificando a sua influência negativa no processo de recuperação cirúrgica, uma vez que levaria ao aumento do nível de stress (LIMA *et al*, 1997). Segundo o disposto no n.º1, do artigo 8.º, da Lei 22/2007 “O consentimento informado do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido, informado e inequívoco (...)”, que vem de encontro ao mencionado acima, de que é necessário assegurar que a informação é transmitida à pessoa mas mais que isso, que esta é transmitida de forma clara para que a pessoa a compreender e realizar a sua decisão de forma esclarecida.

No entanto, não poderá ser o consentimento influenciado por outros factores externos à ponderação da relação risco-benefício? Assim, dado que o consentimento informado deve ser livre é também importante verificar se o é na realidade uma vez que podem existir pressões, nomeadamente de familiares e amigos, que influenciem a deliberação do potencial dador e o levem a aceitar doar um órgão sem ter a certeza sobre a sua decisão (TRUOG, 2005). Assim, deve ser realizada uma avaliação psicológica do potencial dador e do receptor para assegurar que a tomada de decisão é autónoma, livre de coerção. Deve ainda trabalhar-se o facto de que o potencial de dador pode negar a

participação neste procedimento, sem que seja estigmatizado (GUTMANN, LAND, 1999). Além da pressão gerada por familiares e amigos existe ainda a pressão gerada pela necessidade de órgãos pela sociedade, o que pode interferir com a sua escolha livre, pois pode acrescentar a pressão de que se não aceitar doar o órgão aquela pessoa entrará num processo que pode vir a ser penoso até encontrar um novo órgão (GUTMANN, LAND, 1999). Nalguns casos existe ainda a possibilidade de se aguardar pelo órgão proveniente de um dador morto, como é o caso da transplantação de rim onde o tratamento pode ser assegurado pela diálise, assim, tanto as pessoas como alguns centros de transplantação optaram por aguardar por aguardar pelo órgão de um dador morto, com o propósito de evitar as pressões existentes (PARIZEAU, 1998, p. 362)

Reflexão pessoal

Neste capítulo procurarei reflectir sobre a questão principal do trabalho – poder-se-á colocar em risco a saúde do dador para beneficiar outra pessoa? – tendo como base a revisão bibliográfica realizada anteriormente, realizando também um breve resumo dos argumentos apresentados.

Tal como foi referido por LAZZARETTI (2005), considero que a grande maioria das pessoas não tem uma noção clara e esclarecida das implicações de doar um órgão, o que pode levar a que aceitem de antemão serem dadoras, relativamente a um amigo ou familiar que necessidade, tornando depois difícil recuar na sua decisão, por todas as consequências que isso traria para o receptor e para a relação de ambos. É então fundamental que a equipe de profissionais de saúde implicados neste “possível transplante” esclareça a pessoa dos riscos que corre, assegurando-se de que a informação é transmitida de forma compreensível para a pessoa e que este tem consciência da decisão tomada. Do meu ponto de vista é também relevante que o profissional de saúde converse com as principais pessoas implicadas, ou seja, além do potencial dador, o receptor e a/as pessoas/as significativa/as de forma a evitar que estes exerçam alguma forma de pressão que influencie a decisão da outra pessoa e ainda de forma a prepará-los para o caso desta recusar ser dadora, procurando prevenir

a estigmatização do potencial dador bem como atenuar o desânimo sentido nesses casos. Não existem ainda certezas sobre as consequências a longo prazo, o que é definitivamente um ponto desfavorável à realização de transplantes de órgãos com dadores vivos. Esta é indubitavelmente uma informação que deve ser transmitida à pessoa de forma clara, para que ela possa ponderar a sua decisão, sabendo que esta poderá ter implicação futuras como a diminuição da sua qualidade de vida e até a morte prematura. Considero ainda que o próprio profissional de saúde deva incentivar a pessoa a procurar outra opinião de outros profissionais, principalmente no que diz respeito aos riscos a que estará sujeito, de forma a que se encontre o mais informado possível. Isto é, cabe à equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, ao Enfermeiro assegurar que a tomada de decisão da pessoa é feita de forma livre e esclarecida, isenta de pressões quer da família e amigos, quer dos próprios que na procura por melhorar ou salvar a vida de uma pessoa podem, consciente ou inconscientemente, influenciar a escolha do potencial dador. Uma das formas de avaliar se essa escolha foi livre e esclarecida pode ser através de um acompanhamento psicológico durante todo o processo de tomada de decisão de forma a poder ir acompanhando o desenvolvimento e maturação da sua decisão.

Seria também importante um acompanhamento do dador de forma a poder prevenir potenciais complicações a longo prazo, como defendido por GRUTERS (2006). No entanto, além dos riscos implicados e, desde que estes não interfiram de forma previsível com a saúde do potencial dador, há que respeitar a autonomia deste, pois cada pessoa atribui um valor diferente aos mesmos riscos, ou seja, a pessoa confrontada com um familiar e/ou amigo, por exemplo, que necessita de um órgão para sobreviver pode, apesar dos riscos e estando consciente deles, optar por realizar a doação, atribuindo menor valor aos riscos a que estará sujeito do que à vida ou saúde da outra pessoa. Este problema pode também ser analisado segundo o princípio da beneficência que, como o próprio nome indica se refere à promoção do “bem”, mas expor uma pessoa saudável a uma cirurgia não irá contra este princípio? Contudo é preciso ter em conta que as implicações não são apenas físicas, mas também psicológicas e espirituais, tendo estas últimas gran-

de influência na forma como a pessoa encara e vive a sua vida. Assim, segundo o princípio da beneficência pode estar a promover o “bem” psicológico e espiritual da pessoa, que pode ser encarado de forma tão importante como o “bem” físico. O princípio da não-maleficência, intimamente ligado ao anterior, refere-se a não causar danos físicos na pessoa, o que já se encontra previsto na Lei n.º 22/2007, não podendo ser realizado o transplante sempre que seja possível prever consequências negativas para a saúde do dador. No entanto, é também verdade que não se conhecem todos os riscos desta intervenção, mas há que ter em conta os dados conhecidos e a promoção da saúde psicológica e espiritual bem como o respeito pela sua escolha. De uma forma geral, a função do Enfermeiro em todo este processo é assegurar que a escolha da pessoa é feita de forma livre e esclarecida, procurando responder às suas questões e encaminhando-a quando não souber/puder dar resposta aos seus pedidos. É também fundamental que o Enfermeiro faça o acompanhamento “bio-psico-socio-culturo-espiritual” das principais pessoas envolvidas neste processo de forma a poder evitar ou minorar complicações físicas e psicológicas, decorrentes da decisão do potencial dador.

Assim, tendo em conta os dados apresentados, considero que em alguns casos a realização de transplantes com dador vivos será admissível, desde que se cumpram algumas premissas como a de assegurar que o dador se encontra em saudável, procurando desde logo prevenir potenciais complicações, que a sua decisão foi tomada de forma livre e esclarecida, com consciência total dos riscos que correr e desde que os conhecimentos que se tenham até ao momento seja indicativos de que os riscos que o dador corre são mínimos. É ainda importante garantir um acompanhamento da pessoa após a realização do procedimento e ao longo da sua vida, de forma a poder prevenir ou tratar precocemente alguns problemas que possam advir da doação do órgão, ou parte dele. Contudo, é de destacar que deve ser sempre feita uma avaliação caso a caso da relação risco-benefício de modo a evitar que se corram riscos excessivos ou desnecessários.

Conclusão

A realização de transplantes de órgãos com dadores vivos é algo que já é praticado há

alguns anos, no entanto, com a alteração na Lei n.º 22/2007 passou a ser possível que o dador seja qualquer pessoa, independentemente da existência ou não de laços de consanguinidade. No entanto, com o crescimento destas práticas há que ponderar a relação risco-benefício, de forma evitar a exposição desproporcionada do dador com consequências negativas que condicionem a sua vida. Assim, de uma forma genérica, há que atender aos riscos conhecidos e aos que ainda se desconhecem, ao consentimento livre e esclarecido e ao respeito pela autonomia da pessoa, neste caso do potencial dador, antes da equipa de profissionais de saúde aceitar a realização do transplante. Cabe também ao Enfermeiro um papel fundamental no acompanhamento desta pessoa, e das principais pessoas ligadas a este processo, nomeadamente o receptor e pessoa ou pessoas significativas, assegurando a sua saúde e que a sua decisão é tomada de forma consciente. Com a realização deste trabalho penso ter atingido os principais objectivos a que me propus inicialmente, sentido algumas dificuldades na delimitação do problema uma vez que o tema "Transplantes de Órgãos" é bastante vasto e pode ser abordado de diversas formas.

O facto de estar a realizar um ensaio pela primeira vez suscitou-me também algumas dúvidas, mas penso que a concretização deste terá sido um bom treino para futuros trabalhos, ajudando-me a desenvolver a prática reflexiva. Considero importante a realização deste tipo de trabalho pois permite-nos desenvolver competências como a capacidade de síntese e de reflexão, bem como nos dá a oportunidade para aprofundar conhecimentos sobre um determinado tema que nos suscite interesse e permite-nos olhar para esse tema de uma forma diferente, levantando-nos questões que de outra forma talvez não nos tivéssemos apercebido.

Referências Bibliográficas

- ASCENSÃO, João Pedro Ramos – Análise ao Protocolo Adicional à Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Revista Portuguesa de Bioética. ISSN 1646-8082. Suplemento n.º 1 (2007). pp. 33-41
- CABRAL, Roque – Os Princípios de Autonomia Beneficência, não Maleficência e Justiça. In ARCHER, Luis et al – Bioética. (s.l.): Editorial Ver-

bo, Novembro de 1996. ISBN 972-22-1719-4. pp. 53 – 58

- LAZZARETTI, Claire Teresinha - Considerações éticas no transplante hepático com doador vivo. *Rev. SBPH*. ISSN 1516-0858. Vol.8, n.º1 (2005) pp.15-26 (http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000100003&lng=en&nrm=)
- LIMA, Elenice Dias Ribeiro de Paula - Aspectos Ético-legais da Retirada e Transplante de Tecidos, órgãos e Partes do Corpo Humano. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 5, n.º 4 (1997). pp 5-12
- MALAGUTTI, William – Bioética e Enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007. ISBN 978-85-87600-95-0
- NETO, Luisa – *Os Limites da Ciência do Direito*. Revista Interações. ISSN 1646-2335. Vol. 1, n.º 3 (2006). pp. 4-18
- PARIZEAU, Marie-Hélène – Transplantação de Órgãos. In *Dicionário da Bioética*. 1ª Edição. Lisboa. 1998. ISBN 972-8407-72-6
- SOARES, Jorge – Análise ao Protocolo Adicional Relativo ao Transplante de Órgãos e Tecidos. *Revista Portuguesa de Bioética*. ISSN 1646-8082. Suplemento n.º 1 (2007). pp. 43-48

Referências Electrónicas

- HERRGUTH *et al*, 2006 - http://auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Transplante_de_organos.pdf
- GRUTERS, Ginger A., 2006 -http://www.bioethics.gov/background/ginger_gruters.html (23/11/2008, 12:10H)
- GUTMANN, Th; LAND, W., 1999 - <http://trans.klinikum.uni-muenchen.de/ethics.htm> (23/11/2008; 13:00H)
- TRUOG, Robert D., 2005 - The ethics of organ donation by living donors. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 353; n.º 5 (2005) pp. 444-446. Disponível em <http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/5/444.pdf>
- <http://www.ifl.pt/main/Portals/0/dic/bioetica.pdf> (20/11/2008; 21:30H)

Outras Referências

- DECRETO-LEI n.º93. D.R. I Série A. Capítulo VI – Secção I. (98-4-21) 1753-1756
- DECRETO-LEI n.º 124 D.R. I Série A. (2007-6-29) 4146-4150
- 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 de origem humana). 2006. Disponível em http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/868B3E3B-3FE2-42FC-93224F624843D30D/0/P_050_ParecerTransplantes.pdf