



## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

---

### DECLARAÇÃO

#### José de Oliveira Ascensão

1. A Proposta de Lei n.º 65/X, sobre colheita e transplante de órgãos, tecidos e células de origem humana, alarga consideravelmente o campo da dádiva ou colheita, o que é um aspecto positivo. A justificação da dádiva está na solidariedade e a solidariedade não deve ser obstruída.

2. A valia ética da dádiva implica que esta seja genuína, prevenindo toda a comercialização. O risco é muito grande, porque há neste domínio poderosos interesses menos nobres, a que não podemos fechar os olhos.

A Proposta prevê a criação duma Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA) em cada estabelecimento autorizado, que deverá dar parecer favorável à admissibilidade da dádiva ou colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis. Mas é uma garantia insuficiente, porque é composta por médicos do próprio estabelecimento, deixando até de se exigir em todos os outros casos que não integre médicos que pertençam à equipa de transplante. A necessária isenção não está assegurada. Seria necessário subordinar a intervenção ao juízo de entidade independente.

3. A Proposta deixa de limitar a parentes até ao 3.º grau o círculo de dadores, o que dissemos já que consideramos correcto. Mas não dá nenhum critério para a admissibilidade da dádiva, quando este ponto é vital para assegurar a autenticidade desta. Limita-se a remeter para o parecer da EVA.

O presente Parecer refere a fórmula do art. 10 do Protocolo já citado, que exige que a dação seja feita “no interesse do receptor com quem o dador tenha uma relação pessoal próxima”. Esta fórmula, ou a da “proximidade afectiva”, representam um mínimo que deveria constar da lei. Apesar do seu carácter vago, acentuam o carácter desinteressado e espontâneo da doação, alertando para o risco muito real de se abrir a porta à comercialização do corpo humano.

4. O presente Parecer é minimalista, não avançando por domínios exteriores à Consulta recebida.



## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

---

Sem pôr em causa em geral a opção, há um aspecto de tal modo dissonante que penso que deve ser considerado.

A Proposta inclui um art. 1-A, que fotocopia seis definições da Directriz (apenas com um pequeno desvio).

É uma técnica errada, que corresponde à legislação comunitária mas não à portuguesa, em que as leis não têm carácter de intervenção excepcional. É espantoso que se defina órgão, tecido, célula, “para efeitos da presente lei”.

Mais do que a má técnica legislativa fala porém a circunstância de se darem aqui definições que se afastam ou podem afastar das noções gerais vigentes, criando conflitos e perplexidades que podem vir a acarretar dificuldades grandes.

Pelo que, a meu parecer, o art. 1-A deveria ser suprimido, pois não tem nenhuma função na economia da Proposta.

Lisboa, 13 de Dezembro de 2006

*José de Oliveira Ascensão*



## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

---

### DECLARAÇÃO

**Rui Nunes**

Estando globalmente de acordo com o conteúdo do 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) aprovado em sessão plenária do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida em 12 de Dezembro de 2006, sou de opinião que o diploma legal em apreço deve regular igualmente outro tipo de intervenções, nomeadamente a Transplantação Sequencial de Órgãos. Este método de tratamento – também conhecido por transplantação em cascata ou em dominó – tem como característica distintiva o envolvimento de mais do que um dador e um receptor, podendo estar envolvidos até três pares de dadores/receptores<sup>1</sup>.

Em Portugal, o exemplo mais candente é o recurso à transplantação de fígado de cadáver para um doente portador de Polineuropatia Amiloidótica Familiar e, sequencialmente, no mesmo tempo cirúrgico, a transplantação do seu fígado para outra pessoa. Designadamente para doentes com tumores hepatobiliares primitivos sem doença extra hepática detectável, com tumores hepáticos secundários neuroendócrinos com controlo prévio da doença primária, com patologia hepática crónica e idade avançada, ou com Cirrose C e idade avançada.

Deve ter-se em atenção, porém, que na Transplantação Sequencial de Fígado o dador vivo define-se, em primeiro lugar, como um receptor e só por causa dessa qualidade de receptor se torna sequencialmente num dador. Em síntese, na Transplantação Sequencial de Fígado, a primeira fase enquadra-se, genericamente, no conceito de “colheita e transplantação de órgãos em cadáver”, e a segunda na de “colheita e transplantação de órgãos em vida”<sup>2</sup>. Sendo a Transplantação Sequencial de Fígado uma técnica utilizada há largos anos em diversos centros de transplantação, carece de cobertura na ordem jurídica portuguesa dado

---

<sup>1</sup> Ross LF: The Ethical Limits in Expanding Living Donor Transplantation, Kennedy Institute of Ethics Journal (16) n.º 2; 2006: 151-172.

<sup>2</sup> Tal como consta na Lei n.º 12/93, de 22 de Abril – Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana.



## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

---

que, em regra, o dador vivo não tem “uma relação de parentesco até ao 3.º grau” com o segundo receptor.

*A priori*, trata-se de um imperativo de natureza ética que o processo de selecção de candidatos para transplantação – de um bem escasso como o fígado – seja efectuado à luz de critérios de equidade<sup>3</sup>. Em conformidade com este princípio, sou de parecer que todos os doentes devem estar em idênticas circunstâncias de acesso a este bem, assim como às técnicas médico-cirúrgicas que visam a prossecução dessa finalidade. A experiência em Portugal demonstra, porém, que o princípio da equidade não parece ser violado dado que, à luz da melhor evidência clínica disponível, não existe diferença assinalável entre a sobrevida de um doente do segundo grupo transplantado com um fígado de cadáver ou transplantado com um fígado de um doente com Polineuropatia Amiloidótica Familiar (dado que, apesar de se tratar de um órgão fisiologicamente alterado, o período de tempo em que se desenrola a doença é geralmente superior à expectativa de vida destes doentes). Contudo, se se vier a comprovar que os doentes do segundo grupo obtêm melhores resultados com um fígado normal, devem estar em condições de paridade com os doentes portadores de Polineuropatia Amiloidótica Familiar no acesso ao órgão proveniente do cadáver.

Em meu parecer, a Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante deverá estar particularmente atenta aos critérios de selecção de candidatos para Transplantação Sequencial de Fígado, nomeadamente se estes critérios colocarem em causa a igualdade de oportunidades, não sendo eticamente adequada uma lógica estritamente utilitarista à luz da qual os fins (salvar duas vidas) justificam os meios – discriminar uma classe de cidadãos em razão da sua doença.

Em síntese, obtido o consentimento informado, livre e esclarecido, na forma escrita, do doente com Polineuropatia Amiloidótica Familiar para a transplantação do seu fígado para outro doente, a Transplantação Sequencial de Fígado é eticamente adequada devendo esta prática estar prevista e regulamentada na ordem jurídica portuguesa.

---

<sup>3</sup> Melo H, Brandão C, Rego G, Nunes R: Ethical and Legal Issues in Xenotransplantation, *Bioethics* (15) n.º 5/6; 2001: 427-442.