

TRANSPLANTE RENAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE BIOÉTICA

A.M.F. VIANNA, C.F. ROSANELI, J.E. SIQUEIRA

Programa de Pós-graduação em Bioética, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-7381-0421>eduardo.jose@pucpr.br

Recebido: 28 de junho de 2021 - Aceito: 04 de novembro de 2022

DOI: 10.15628/holos.2022.12727

RESUMO

Este estudo tem como objetivo efetuar a análise do transplante renal no Brasil levando em conta as disparidades regionais do país. O Registro Brasileiro de Transplantes e o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica foram os documentos utilizados para se avaliar o número de pacientes transplantados por região e aqueles que aguardavam em fila de espera para transplante de rim. Foram também consultados dados disponíveis na literatura que possibilitaram compreender o cenário, seus desafios e prioridades.

Esses documentos evidenciaram disparidades regionais significativas relacionadas à alocação dos órgãos nos diferentes estados da Federação. Regiões menos favorecidas economicamente, com acesso restrito à saúde de boa qualidade, pacientes portadores de comorbidades ou com nível baixo de escolaridade apresentaram taxas inferiores de transplantes de rim. A análise bioética priorizou identificar injustiças na seleção dos pacientes candidatos ao transplante de rim.

PALAVRAS-CHAVE: Transplante de rim, justiça, bioética, Brasil.

KIDNEY TRANSPLANTATION IN BRAZIL: A BIOETHICAL ANALYSIS

ABSTRACT

This study aims to carry out the analysis of kidney transplantation in Brazil taking into account its regional disparities. The Brazilian Transplant Registry and the Brazilian Chronic Dialysis Survey were the documents used to assess the number of transplanted patients by region and those waiting in the waiting list for kidney transplants, as well as data available in the literature that made it possible to understand the scenario, your challenges and priorities. These

documents showed significant regional disparities related to the allocation of organs in the different states of the federation. Less economically favored regions with restricted access to good quality health, to patients with comorbidities or with a low level of education had lower rates of kidney transplants. The bioethical analysis prioritized identifying injustices in the selection of patients who are candidates for kidney transplantation.

KEYWORDS: Kidney transplantation, justice, bioethics, Brazil.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil ocupa a segunda posição em número absoluto de transplantes renais no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. Em 2019 foram realizados 6.283 transplantes (ABTO, 2019). A qualidade de vida proporcionada aos portadores de insuficiência renal crônica pelo transplante de rim bem-sucedido é inquestionável, porém a oferta de órgãos não supre a demanda necessária para beneficiar todos os pacientes. A necessidade estimada de transplantes no Brasil em 2019 era de 12.510, e foram realizados apenas 6.283 (ABTO, 2019). Parece imprescindível, portanto, avaliar se os critérios atuais para a regularização do transplante e a escolha do receptor asseguram a justiça na distribuição do órgão.

Infelizmente, em razão dos poucos órgãos disponibilizados, contrariando-se o princípio da justiça e da equidade, o transplante renal não beneficiará todos os que dele precisam (ABTO, 2019; Batista, Moreira, Pessoa, Ferraz, & Roza, 2017; Coelho & Bonella, 2019; Machado et al., 2011; Machado et al., 2012; Marinho, Cardoso, & Almeida, 2010; Soares et al., 2020). A oferta de órgãos de doadores cadáveres disponíveis não supre a demanda necessária para favorecer todos os pacientes. Foi preciso desenvolver uma fila de espera para se regularizar a ordem de chamada, ou seja, de um total de 126.583 pacientes em tratamento dialítico, apenas 31.226 (24%) estão listados para transplante renal e, destes, o Brasil realizou, em 2019, apenas 6.283 transplantes (ABTO, 2019; Thomé, Sesso, Lopes, & Lugon, 2019).

A discussão não diz respeito a quem teria ou não acesso à hemodiálise, mas a quem teria direito aos benefícios do transplante renal e quem permaneceria aguardando na fila de espera. O grande número de pessoas que fazem parte dessa fila decorre da progressiva melhora na qualidade e na expectativa de vida proporcionada pela diálise. Diferentemente da fila de transplante para coração, fígado e pulmão que seleciona pacientes com sobrevida curta (cerca de 30 meses), no caso do transplante de rim é possível permanecer em diálise por décadas (Medina-Pestana et al., 2011).

Portanto, este artigo analisa critérios para o transplante renal no Brasil e suas disparidades, levando em consideração a extensa dimensão geográfica do país, as diferenças socioeconômicas regionais e o acesso à saúde. Serão utilizados como referência neste estudo autores como John Rawls, Amartya Sen, Adela Cortina, Hannah Arendt, Giorgio Agamben, Michel Foucault, Tom Beauchamp, James Childress e Diego Gracia, além da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (2005) e o processo de justiça e equidade.

2 DOENÇA E TRANSPLANTE RENAL

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), por meio do Censo de Diálise e do Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, realiza pesquisa anual *on-line* cobrindo todo o território nacional com a finalidade de reunir informações sobre pacientes em tratamento de substituição renal nos centros de diálise. Esses dados epidemiológicos são fundamentais para os gestores de saúde,

políticas de saúde e atendimento ao paciente, além de sua importância para fins acadêmicos (Thomé et al., 2019).

Segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017, em julho desse mesmo ano o Brasil possuía 207.660 milhões de habitantes, dos quais 126.583 estavam em tratamento dialítico – 93,1% sob hemodiálise convencional e 6,9% por meio de diálise peritoneal (Thomé et al., 2019). As estimativas nacionais das taxas de prevalência e incidência de pacientes dialíticos por milhão de habitantes foram, respectivamente, 610 (variação: 473 na Região Norte e 710 na Centro-Oeste) e 194. Esses números mostram elevação significativa nos últimos anos da doença renal crônica que podem ser evidenciados pelo aumento de 37,8% na quantidade de centros ativos de diálise: de 550, em 2002, para 758, em 2017. Nesse mesmo período, o número de pacientes cresceu 159,4%. Quando analisada a distribuição desses centros, nota-se que a grande maioria está localizada na Região Sudeste (46%), seguida das regiões Sul (20%), Nordeste (19%), Centro-Oeste (10%) e Norte (5%). Apesar da elevada incidência de pacientes com doença renal crônica entre 2002 e 2017, o número absoluto daqueles em diálise aumentou em apenas 3.758 de 2016 para 2017, o equivalente a 3%, e isso se deve à elevada taxa anual de mortalidade bruta evidenciada (19,9%) (Machado et al., 2011; Thomé et al., 2019).

Com relação às características epidemiológicas do paciente renal crônico, o Inquérito Brasileiro evidencia que das 126.583 pessoas em tratamento dialítico no Brasil, cerca de 58% eram do sexo masculino, 42,6% com idade entre 45 e 64 anos, e as causas mais frequentes da falência renal eram hipertensão com 34%, e diabetes com 31% (Batista et al., 2017; Thomé et al., 2019).

Apesar da fila de transplante ser única e o atendimento se dar por ordem de chegada – considerados os critérios técnicos, geográficos, de compatibilidade e de urgência – e de o Programa Brasileiro de Transplante ser um sistema moderno, organizado, justo e igualitário em seu propósito, reconhecido como referência internacional, existem grandes disparidades entre os estados na realização do transplante de rim. Isso pode ser interpretado como consequência da grande dimensão territorial do país e das diferenças regionais no que tange ao acesso à saúde e à qualidade de assistência médica, além de políticas de governo e programas de transplante bem estruturados (Batista et al., 2017; Machado et al., 2011; Marinho et al., 2010; Marinho et al., 2011; Medina-Pestana et al., 2011; Soares et al., 2020).

Analisando-se a distribuição dos transplantes de rim realizados em 2019 em cada região geográfica brasileira, constata-se que a grande maioria ocorreu no Sudeste e Sul (ABTO, 2019; Batista et al., 2017; Machado et al., 2011; Soares et al., 2020). O Estado de São Paulo apresentou o maior número absoluto, totalizando 2.064 de janeiro a dezembro de 2019, com o expressivo volume de 45,3 por milhão de população (ABTO, 2019), e Paraná atingiu a melhor taxa por milhão de população (51,7%), alcançando o número absoluto de 587 transplantes. Os estados do Norte e Nordeste tiveram as piores taxas em número absoluto e relativos à sua população: Acre teve o menor número absoluto (quatro transplantes), e Alagoas, o pior desempenho, quando levada em consideração sua população (2,1 por milhão de população) (Santos, Hossne, & Anjos, 2017).



A disparidade geográfica em relação ao transplante renal fica mais clara quando se analisam as regiões separadamente, e não só os estados. Entre 2012 e 2019, o Brasil apresentou aumento de 41% na taxa de doadores efetivos – passou de 12,8 para 18,1 por milhão da população (pmp) –, porém a Região Norte não registrou crescimento, mantendo-se com 3,7 doadores pmp, taxa cinco vezes menor do que a do país. Quando se examina o número de transplantes de rim nesse período, com doadores falecidos, a situação fica ainda mais grave: o Brasil teve uma elevação de 22% e passou de 20,6 pmp para 25 pmp, ao passo que na Região Norte houve queda de 44%, caindo de 5,7 pmp para 3,3 pmp, taxa quase oito vezes menor quando comparada à média nacional (ABTO, 2019).

A diferença de desempenho desses estados se deve a uma série de fatores: as regiões Sul e Sudeste concentram cerca de 57% da população brasileira, mais de 70% do PIB e a maioria dos centros transplantadores do país (Medina-Pestana et al., 2011). Em 2010, o Estado de São Paulo concentrava 221 das 561 Comissões Intra- Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs) instaladas no território nacional. Além disso, 59% dos 1.058 médicos cadastrados na Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) residiam nesse estado. Somadas a isso, várias iniciativas para promover a identificação e a efetivação da doação de órgãos foram implementadas após 2007 (Medina-Pestana et al., 2011). O resultado desse esforço pode ser observado no número de doadores efetivos que cresceu de dez para cerca de 40 pmp em Santa Catarina e no Paraná (ABTO, 2019), desempenho superior à média nacional e próximo da média de países como Estados Unidos, Portugal e Espanha.

Segundo Marinho et al. (2010), além dos fatores citados acima, a desigualdade na capacidade operacional das centrais estaduais e a dificuldade em se fazerem e se manterem atualizados os exames pré-transplante pelo Sistema Único de Saúde (SUS) geram problemas de acessibilidade a esse tratamento para a população de baixa renda e com residência distante dos centros de transplantes (Marinho et al., 2010; Santos et al., 2017; Soares et al., 2020). Não obstante o fato de o SUS financiar cerca de 95% dos transplantes efetuados, pacientes com planos de saúde ou melhores condições financeiras conseguem manter os exames atualizados e permanecem mais tempo ativos na fila de espera, aumentando a chance de conseguir o transplante (Batista et al., 2017; Machado et al., 2011; Machado et al., 2012; Marinho et al., 2010; Marinho et al., 2011; Medina-Pestana et al., 2011; Santos et al., 2017; Soares et al., 2020). Apesar da fila de transplante ser única, critérios técnicos e geográficos são levados em conta; sendo assim, em regiões mais desfavorecidas, o número de captações renais é menor, e, conseqüentemente, a oferta do enxerto também é reduzida (Machado et al., 2012; Medina-Pestana et al., 2011; Santos et al., 2017). Além disso, pequenos centros tendem a transplantar menos em razão da própria estrutura física e corpo clínico reduzido. Marinho et al. (2010) estimaram as diferenças entre os tempos de espera para transplante de rim nos estados brasileiros e encontraram grandes disparidades; entretanto, não existem indicadores oficiais do governo relacionados ao tempo de espera em fila (Batista et al., 2017; Machado et al., 2011; Machado et al., 2012; Marinho et al., 2010; Medina-Pestana et al., 2011).



Outro fator importante que deve ser considerado é o tempo despendido no investimento em educação do paciente renal crônico que terá que decidir entre permanecer na hemodiálise ou ingressar na fila para transplante renal. A maioria dos nefrologistas nos Estados Unidos (82%) acredita que o tempo necessário para instruí-lo deve ser superior a 20 minutos, entretanto apenas 43% afirmaram que isso acontece na prática clínica. Além disso, os provedores em centros com fins lucrativos foram significativamente menos propensos a gastar mais de 20 minutos ou incluir familiares na discussão (Balhara, Kucirka, Jaar, & Segev, 2012). Portanto, um número expressivo de pessoas acaba optando por permanecer em hemodiálise, pois não tem conhecimento suficiente para compreender os benefícios do transplante renal no que tange à sobrevida e à qualidade de vida, ferindo novamente o princípio da equidade.

Defensores do utilitarismo argumentam que priorizar o critério de tempo de espera em lista para transplante não é justo, uma vez que um paciente idoso poderia receber um enxerto proveniente de um paciente jovem ou um indivíduo jovem ser beneficiado com um rim proveniente de um idoso. Hoje, é sabido que rins de pacientes com idade avançada têm uma sobrevida menor e, caso sejam utilizados em pessoas jovens, o risco de estas necessitarem de um segundo transplante futuramente é grande. Por outro lado, a utilização de um rim de um jovem em um receptor idoso seria, segundo alguns autores, um desperdício no que se refere ao utilitarismo, pois o enxerto possui uma sobrevida superior à do receptor (Courtney & Maxwell, 2009).

3 JUSTIÇA E EQUIDADE PARA QUEM?

O transplante de rim é fruto do desenvolvimento científico e tecnológico e, quando bem-sucedido, possibilita a emancipação do paciente com insuficiência renal terminal. Além disso, aumenta a qualidade de vida e devolve a liberdade de ir e vir dele, sem a necessidade de permanecer três dias da semana preso a algum serviço hospitalar de hemodiálise próximo da residência para promover a retirada de toxinas do organismo. Porém, apesar de a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (Unesco, 2005) descrever princípios e valores fundamentais para se garantirem a dignidade humana, a justiça e a equidade, o cenário do transplante renal no Brasil se caracteriza por disparidades significativas: regiões menos favorecidas do ponto de vista econômico e social são submetidas a menor número de transplantes.

Pacientes portadores de comorbidades e indivíduos com baixo nível educacional ou com idade superior a 60 anos também são estatisticamente menos transplantados. Esses dados mostram que existe descaso em relação à responsabilidade social. A reflexão ética e moral não está sendo parte integrante do processo do desenvolvimento científico, e o processo da ciência e tecnologia não está contribuindo para promover justiça e equidade.

Há uma tendência distorcida ao utilitarismo de consequência. Profissionais de saúde acreditam que transplantar idosos ou pacientes portadores de comorbidades não resultaria em

benefícios, porém os estudos mostram que existe ganho de sobrevida e de qualidade de vida nesse grupo de pacientes. Subestimar a objetividade científica e os princípios da DUBDH seria abdicar da justiça e equidade na distribuição dos avanços biotecnocientíficos, além de não respeitar a dignidade humana. É necessária a incorporação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos como alicerce para a legislação e tomada de medidas a fim de se diminuir a injustiça e a vulnerabilidade das regiões menos favorecidas e promover maior equidade no atendimento à saúde e acesso ao transplante renal.

Além da DUBDH, o modelo “princípioalista” de análise bioética, introduzido por Beauchamp e Childress em 1989, tem sido amplamente utilizado e com grande aplicação na prática clínica na maioria dos países. Os autores propuseram quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Beauchamp & Childress, 2013).

O princípio da autonomia requer que os indivíduos em condições de deliberarem sobre as escolhas pessoais devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. O relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde tem se transformado profundamente com o tempo – os primeiros deixaram o papel passivo que sempre lhes coube na relação clínica e tornaram-se agentes. O respeito à autonomia dos pacientes é conquista histórica importante, entretanto não significa que os profissionais de saúde tenham renunciado, ou devam renunciar, à promoção do bem dessas pessoas que segue sendo dever do exercício profissional.

As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida, e quaisquer atos médicos devem ser autorizados por elas. Todavia, para que possam deliberar e decidir entre o transplante renal ou a permanência em diálise, necessitam de informações específicas dos médicos a respeito dos benefícios e possíveis complicações entre os dois métodos; caso contrário, uma escolha equivocada pode ter impacto significativo na qualidade de vida delas. Segundo Gracia, “o médico só chega a ser ‘bom’ e ‘perfeito’, quando tiver convertido a sua virtuosidade técnica e a sua virtude moral numa espécie de segunda natureza, num modo de vida. O médico perfeito é o médico virtuoso” (Gracia, 2007).

O processo de deliberar não é algo inato ao ser humano; trata-se de um assunto difícil e uma atividade geralmente malfeita. A habilidade para tomada de decisões é essencial no alcance da excelência ética e da boa qualidade técnica da atenção à saúde, pois a primeira depende da responsabilidade moral nas escolhas feitas (Gracia, 1991). Para se tomarem decisões, é fundamental apreciar cada situação particular por meio de procedimentos sistematizados e fundamentados que levam em consideração a pessoa com sua biografia, seus valores e o contexto social, os quais auxiliarão os profissionais na apreciação minuciosa das situações e no manejo das áreas de incerteza e ambiguidade da clínica com vistas às decisões prudentes e responsáveis (Siqueira, Zoboli, Sanches, & Pessini, 2016). A decisão precisa ser compartilhada, deve existir uma relação horizontal entre paciente e a equipe que o assiste. Nesse caso, por meio de acordo, os dois decidem que direitos manter e que responsabilidades cabem a cada um.

Em muitas situações, a tomada de decisão é realizada mediante um processo, às vezes longo e conflituoso, para ajuste entre a informação técnica apresentada pelos profissionais da equipe e os desejos e valores do paciente. Os profissionais têm conhecimento científico, experiência clínica, informação técnica e, por vezes, alguns conselhos; o paciente escuta o que recebe de informação, pede esclarecimento, quando necessário, e confronta tudo com as crenças, os projetos, os desejos pessoais e as questões familiares, consolidando o consentimento como livre e esclarecido, e não apenas informado (Lázaro & Gracia, 2006). Todavia, conforme evidenciado anteriormente, apenas 43% dos nefrologistas afirmam que o tempo despendido para a orientação dos pacientes foi adequado, portanto o processo deliberativo se torna incompleto. Sendo assim, um número expressivo de pacientes acaba optando em permanecer em hemodiálise – ferindo-se o princípio da autonomia –, fazendo com que eles se privem de sua liberdade que promoveria a emancipação como cidadão livre para seguir o próprio plano de vida. A negação da possibilidade de um transplante renal seria a negação de uma vida mais ativa e humana para esse paciente, além da possibilidade de melhor qualidade de vida.

O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de se maximizar o benefício e se minimizar o prejuízo. O profissional deve ter o máximo possível de convicção e informações técnicas que assegurem ser o ato médico bom, adequado e seguro ao paciente. Por sua vez, o princípio da não maleficência estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente (ação que não faz o mal). Esse princípio é universalmente consagrado por meio do aforismo hipocrático *primum non nocere* (primeiro não prejudicar) e tem como finalidade reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano. Quando o médico acredita que o paciente não tem capacidade de aderir ao tratamento no pós-operatório de forma subjetiva e não baseada em protocolos, corre-se o risco de se negar a essa pessoa os benefícios do transplante, ferindo-se os princípios descritos acima, além de se comprometer a equidade na distribuição dos órgãos (princípio da justiça). O mesmo ocorre quando se analisa, segundo a literatura, que pacientes com idade acima de 60 anos ou que apresentam comorbidades mostram índices de transplante muito inferiores aos demais, apesar de os estudos mostrarem que o ganho em sobrevida tem significância estatística em comparação ao grupo que permanece em diálise, caracterizando uma injustiça para essas pessoas.

A justiça, segundo Rawls,

[...] é a primeira virtude das instituições [...] cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode ignorar. Por essa razão, a justiça nega que a perda da liberdade de alguns se justifique por um bem maior partilhado por outros. Não permite que o sacrifício imposto a uns poucos tenha menos valor que o total maior das vantagens desfrutadas por muitos. Portanto, numa sociedade justa as liberdades da cidadania igual são consideradas invioláveis; os direitos assegurados pela justiça não estão sujeitos à negociação política ou ao cálculo de interesses sociais. (Rawls, 2002, p. 4)

O autor, que representa um marco na história da filosofia política e retrata hoje a concepção contemporânea de justiça distributiva por meio da sua obra *Uma teoria da justiça*,

deixa clara a importância da justiça para o desenvolvimento das sociedades. Sua teoria está focada em dois princípios que seriam definidos por meio de uma posição hipotética que ele determina de “véu da ignorância” (Rawls, 2002). Significa dizer que os indivíduos que participam da criação desses princípios não têm informações sobre suas condições sociais e, portanto, escolhem princípios que asseguram a estrutura básica da sociedade e cuidam, tão somente, da distribuição do que o autor denomina de bens primários e igualdade de oportunidades para todos os integrantes dela.

As instituições perfeitamente justas e alicerçadas pelos dois princípios preestabelecidos garantiriam, por meio da constituição e legislação, os direitos de todos, caracterizando uma teoria de meios e dependente das instituições. Os dois princípios de Rawls reúnem três componentes. O primeiro princípio, considerado pelo autor o mais importante, abrange as liberdades e os direitos fundamentais que devem ser assegurados igualmente a todos, garantindo o ideal democrático de cidadãos livres com poder para influenciarem equitativa e efetivamente a legislação e participarem da vida política pública. Já o segundo assegura a igualdade de oportunidades para se alcançarem posições na sociedade e engloba o princípio da diferença. Esse adendo do segundo princípio admite a desigualdade apenas se for benéfica aos menos favorecidos, pois o autor reconhece que, em uma sociedade, há indivíduos com diferentes talentos e que, mesmo em posição inicial de igualdade, podem mostrar-se mais capazes no desenvolvimento de realizações sociais (Rawls, 2002).

Sendo assim, as disparidades encontradas no acesso ao transplante de rim retratam um cenário de injustiça que, segundo Rawls (2002), ferem o primeiro princípio da justiça relatado na obra *Uma teoria da justiça*. O autor considera esse princípio o alicerce para o desenvolvimento de sociedades justas. A restrição ao acesso à cirurgia de transplante aos pacientes portadores de comorbidades, idosos ou que residam em estados menos favorecidos estaria restringindo as liberdades desses cidadãos, que permaneceriam dependentes de uma máquina três vezes por semana durante quatro horas por dia. A perda de autonomia, desencadeada pela necessidade da hemodiálise, restringiria de forma significativa a realização de um plano de vida preestabelecido. A disparidade no acesso ao transplante renal estaria em desacordo, também, com o segundo princípio da justiça de Rawls, uma vez que não haveria igualdade de oportunidades para o acesso ao órgão. Em alguns casos, o paciente nem sequer estaria em fila de espera, pois foi considerado “não merecedor” de um novo rim por questões subjetivas determinadas de forma aleatória pelo profissional médico tendo em vista a possível má adesão ao tratamento pós-operatório ou por optar em permanecer em hemodiálise por falta de informações mínimas necessárias para exercer sua real autonomia. Essa forma de raciocínio utilitarista, que prioriza o benefício de poucos em detrimento de um bem maior partilhado por outros, está em desacordo com os conceitos fundamentais descritos na teoria de Rawls, segundo a qual a justiça é caracterizada como a primeira virtude das instituições e enfatiza que cada pessoa conta com uma inviolabilidade fundada na justiça que nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode ignorar.



No projeto de sociedade bem ordenada e justa de Rawls, os indivíduos são vistos como cidadãos iguais, ou seja, todos apresentam valor intrínseco e, em razão disso, todos têm importância para a sociedade, portanto devem ser tratados com justiça. Segundo o autor, “a distribuição natural não é justa nem injusta; nem é injusto que se nasça em determinada posição social. Isso são meros fatos naturais. Justo ou injusto é o modo como as instituições lidam com esses fatos” (Rawls, 2002, p. 122). Sendo assim, Rawls deixa claro que a infelicidade de se nascer ou evoluir com uma doença que determine a falência renal é um fato natural que não pode ser caracterizado como justo ou injusto e que o sistema institucional tem o dever de promover igualdade de oportunidades para esses pacientes concorrerem a um rim, uma vez que a oferta de órgãos não supre a demanda necessária. Dessa forma, as instituições atuam conforme o segundo princípio *rawlsiano* que aceita o princípio da diferença desde que os pacientes estejam sujeitos à igualdade de oportunidades – no caso em questão, uma fila de espera para transplante renal justa e sem disparidades (Rawls, 2002).

Sen, em seu livro *Uma ideia de justiça*, trabalha o tema em questão de forma diferente de Rawls. Segundo aquele, a idealização de uma sociedade perfeita e justa, partindo-se de uma teoria transcendental e contratualista, não seria a maneira mais correta de se promover a justiça (Sen, 2011). O autor acredita que existe uma pluralidade de concepções de justiça que não poderiam ser englobadas em apenas dois princípios e que não se pode esperar que as pessoas apresentem o comportamento perfeito e desejável. Além disso, defende que uma teoria de meios não seria a melhor forma de se impedirem iniquidades (Sen, 2011). De acordo com ele, uma teoria focada nos fins seria a melhor maneira de se abordar o tema e, para isso, desenvolveu uma teoria baseada em comparações e realizações sociais. O autor ressalta que uma teoria deve ser prática e levar em consideração a vida que as pessoas realmente podem levar e que o modelo comparativo fundamentado em realizações sociais seria o melhor modo de se promover a justiça ou, pelo menos, de se diminuir as injustiças (Sen, 2011). A busca da justiça perfeita por uma teoria transcendental focada em instituições perfeitas seria utópica. Diferentemente de Rawls, Sen prioriza a igualdade de capacidades, e não de bens primários, e acredita que os indivíduos têm diferentes talentos e distintas capacidades para transformar bens primários em realizações sociais, sendo assim, para se atingir a verdadeira justiça, deve-se garantir igualdade de capacidades e não de bens primários (Daou & Brito Filho, 2017; Pansieri, 2016).

Em conformidade com *Uma ideia de justiça*, os pacientes em hemodiálise têm capacidades muito reduzidas em comparação a um indivíduo hígido. Essa restrição significa diminuição de suas liberdades e conseqüentemente de suas oportunidades. O paciente renal crônico dialítico necessita de muitos mais recursos (bens primários), quando comparado a um indivíduo não dialítico, para conseguir realizar o mesmo plano de vida. Segundo essa obra, a igualdade de capacidades seria uma forma mais justa de se garantir a justiça, quando comparado ao trabalho de Rawls, mesmo se levando em consideração o princípio da diferença (Daou & Brito Filho, 2017; Pansieri, 2016; Sen, 2011).

As disparidades encontradas no acesso ao transplante renal no Brasil no que tange à idade, comorbidades, disparidades regionais e não alocação do paciente na fila, ou seja, negar iguais oportunidades de acesso à fila de transplante, comprometeriam diretamente o ganho de capacidades, de liberdade e de oportunidades que proporcionariam a emancipação real desses pacientes e os colocaria em real posição de igualdade com os indivíduos hígidos.

Apesar de os autores apresentarem divergências na forma como a justiça deve ser estabelecida, é possível concluir que são muitos os pontos de contato entre ambas as teorias, pois estas se dedicam à elaboração de concepções de justiça de abordagem igualitarista e procuram soluções para as desigualdades nas sociedades democráticas contemporâneas. Tanto a teoria de Rawls, por meio de seus dois princípios que englobam o princípio da diferença e igualdade de bens primários, como a de Sen, que almeja a igualdade das capacidades, almejam promover maior equidade nas liberdades individuais e proporcionar maiores oportunidades para os indivíduos buscarem o seu plano de vida (Daou & Brito Filho, 2017; Pansieri, 2016; Rawls, 2002; Sen, 2011).

Cortina, em seu livro *Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania*, apresenta uma visão da justiça que complementa os dois autores citados acima. Ela acredita, assim como Rawls e Sen, que a deliberação pública racional dos cidadãos é fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade justa (Cortina, 2005). Em sua obra, descreve a importância do sentimento de se pertencer a uma comunidade, da necessidade de se criarem raízes e compartilhar valores que caracterizam a cultura. O sentimento de que os integrantes dessa sociedade se preocupam com cada um de seus membros e a ideia de que é benéfico viver e fazer parte dessa comunidade criam um sentimento patriótico de que é preciso lutar por essa causa e fortalecem a democracia. Esse sentimento desencadeia o exercício natural da cidadania, os integrantes passam a desenvolver seus direitos e deveres como cidadãos, aumentando a deliberação pública por questões políticas, de justiça e o interesse pela “coisa” pública, ampliando, assim, a fiscalização das instituições, o que fortalece a democracia e promove a justiça (Cortina, 2005).

Em sociedades plurais que apresentam culturas distintas, deve-se encontrar um mínimo de justiça que seja compartilhado por todos os grupos para que isso seja o alicerce no desenvolvimento de constituições e a base para a criação de legislações que estejam de acordo com os valores de todos. Essas comunidades que compartilham um território e valores em comum formariam nações que seriam administradas pelo Estado (Estado-nação) que garantiria os direitos de todos por meio dos mínimos de justiça preestabelecidos.

Cortina (2005) chama a atenção para as mudanças que ocorreram após os séculos XVII e XVIII no contexto das Revoluções Francesa, Inglesa e Americana e do nascimento do capitalismo. Embora as raízes da cidadania sejam gregas e romanas, o conceito atual de cidadão procede após esse período em que o estado liberal de direito substituiu os direitos naturais do período medieval. Com a Revolução Industrial e com o desenvolvimento do capitalismo, os indivíduos se tornaram mais individualistas, e conseqüentemente ocorreu um desinteresse pela “coisa” pública, fragilizando a democracia e permitindo injustiças. Essa fragilidade é mais visível nas democracias

mais modernas, como, por exemplo, nos países em desenvolvimento que estão em um processo de amadurecimento democrático, conforme é o caso do Brasil.

O sentimento de injustiça, como o que ocorre na fila de transplante renal – levando-se em conta as disparidades regionais, comorbidades e não alocação de pacientes em fila de espera –, faz com que o paciente perca a esperança. A negação de sua emancipação, que seria possível pelo aumento de suas liberdades e capacidades proporcionadas pelo transplante, seria uma injustiça, que, como consequência, faria com que o indivíduo não se sentisse acolhido por essa comunidade, perdendo sua legitimidade e enfraquecendo a cidadania e a democracia. Infelizmente, a oferta de rins não supre a demanda necessária para se transplantarem todos os pacientes e reintegrá-los à sociedade; porém, de acordo com o que descreve Rawls em seu segundo princípio, a igualdade de oportunidades deve ser respeitada. Dessa forma, mesmo que a pessoa não receba o enxerto do órgão, ela se sente acolhida pela sociedade, esperançosa e satisfeita com o processo, pois se trata de uma sociedade justa (Cortina, 2005; Raws, 2002).

Enquanto Cortina acredita na democracia e cidadania para o fortalecimento da sociedade e justiça, Agamben (2013), durante palestra ministrada em Atenas em novembro de 2013, chamou a atenção para as mudanças que estão ocorrendo no paradigma governamental dominante da Europa. Segundo o autor, essa transformação é tão extrema que é possível legitimamente se perguntar não só se a sociedade onde se vive é ainda uma sociedade democrática, mas também se ela pode ser considerada política (Agamben, 2013). A despolitização da cidadania e o desinteresse pela “coisa” pública são cada vez mais evidentes. Segundo Agamben, o teorema de Quesnay é o axioma de “governamentalidade” moderna. Governar as causas de determinado problema, ou seja, reorganizar a estrutura fundamental que o origina é difícil e caro, ao passo que governar os efeitos é mais útil e com resultados evidentes em curto prazo.

O autor exemplifica que as medidas para a identificação de indivíduos por meio de impressões digitais ou dados biométricos serviriam para diminuir a recorrência de crimes, e não para evitá-los, além de promover controle social. O indivíduo é identificado não pela sua personalidade social e por seu reconhecimento pelos outros, mas pela sua informação biológica – “a primazia de uma identidade biológica sobre uma identidade política está diretamente relacionada com a politização da vida nua nos estados modernos”. O cidadão é considerado um potencial terrorista, o que está em absoluta dissonância com o estado liberal de direito. O desejo do Estado não é mais ordenar e garantir a liberdade dos cidadãos, e sim gerir e controlar (Agamben, 2013).

O enfraquecimento da democracia e a despolitização relatada por Agamben nas sociedades modernas diminuem a deliberação pública racional e o interesse pela “coisa” pública. Segundo Cortina, o resultado seria menor fiscalização dos governantes pela sociedade e conseqüentemente maiores iniquidades e injustiças em todos os setores, incluindo a saúde e o transplante renal (Agamben, 2013; Cortina, 2005).



Foucault, no livro *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*, relata como as relações de poder influenciaram e continuam influenciando as sociedades (Foucault, 1994). Inicialmente, a supremacia de uma sociedade tribal era imposta pela força; o “direito” do dominador era marcado por uma relação de conquista; e as leis teriam nascido em meio às expedições e conquistas. O combate homem a homem passou a ser de grupo a grupo, e uma linha de evolução conduziu a serem um privilégio de Estados que nasceram em detrimento da guerra. Os Estados desenvolveram instituições de guerra e centralizaram o poder; sociedades inteiramente atravessadas por relações guerreiras foram sendo substituídas pouco a pouco por um Estado dotado de instituições militares.

A guerra travada inicialmente nos campos de batalha toma uma proporção maior à medida que está atrelada à política, que nada mais é do que a guerra e as relações de poder travadas por outros meios e se constitui em um motor secreto das instituições, das leis e da ordem. Mediante discursos maliciosos que margeiam a verdade, sociedades são ludibriadas e manipuladas por uma pequena minoria que detém o poder e que objetiva manter uma dissimetria permanente.

O discurso político e histórico que tem pretensão à verdade e ao direito, mas excluindo-se ele próprio, e explicitamente, da universalidade jurídico-filosófica. Seu papel não é o papel sonhado pelos legisladores e os filósofos, de Sólon a Kant: estabelecer-se entre os adversários, no centro e acima da confusão, impor um armistício, fundar uma ordem que reconcilie. Trata-se de estabelecer um direito marcado pela dissimetria e funcionando como privilégio a ser mantido ou restabelecido; trata-se de fazer valer uma verdade que funcione como uma arma. Para um sujeito que detém um discurso como esse, a verdade universal e o direito geral são ilusões ou armadilhas. (Foucault, 1994, p. 57)

Esse discurso que decifra a permanência da guerra na sociedade é essencialmente histórico-político, um discurso em que a verdade funciona como uma arma para uma vitória partidária (Foucault, 1994).

A manipulação relatada acima é explicitamente evidente em governos totalitários. Lafer, em sua obra *Hannah Arendt: pensamento, persuasão e poder*, descreve o totalitarismo. Na visão da filósofa, este era uma forma de governo que, ao almejar a dominação total por meio do uso da ideologia e do emprego do terror para promover a ubiquidade do medo, fez do campo de concentração seu paradigma organizacional (Lafer, 2018). As pessoas passaram a ser tratadas como supérfluas e descartáveis, contrariando totalmente os valores consagrados da justiça e do direito. Segundo Arendt, mesmo com o final dos regimes totalitários, permaneceram situações sociais, políticas e econômicas que caracterizaram os homens como supérfluos e desprovidos do sentimento de pertencer a um lugar no mundo. “Em síntese, continua relevante e atual a preocupação da autora, pois os seres humanos têm múltiplas razões para não se sentirem nem à vontade nem em casa no mundo” (Lafer, 2018, p. 237), reflexão que vai de encontro ao pensamento de Cortina e Agamben.

As disparidades encontradas em relação à alocação do enxerto renal em alguns estados da Federação, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, ocorrem principalmente em razão da

precariedade dos serviços de saúde pública e da falta de políticas que incentivem a doação e transplante de rim. Como relatado acima, a manutenção proposital da desigualdade social, a fim de manter uma pequena elite no poder nesses estados, impede o desenvolvimento de políticas que priorizem melhorias nos serviços de saúde, comprometendo o resultado do transplante. Infelizmente, no Brasil ainda há regiões que são subordinadas a um modelo de exclusão social dos menos favorecidos economicamente.

4 CONCLUSÃO

Embora a legislação atual determine integralidade no atendimento ao paciente renal crônico em estágio terminal e equidade no acesso ao transplante de rim, os resultados aqui obtidos sugerem a existência de iniquidades no sistema de alocação de rins no Brasil. Apesar da legislação relacionada a transplante de órgãos ser relativamente nova, o programa de transplante renal brasileiro apresentou um amadurecimento inquestionável e atualmente está classificado como o maior dentre os programas públicos do mundo e se tornou uma referência mundial. Infelizmente devido à dimensão continental do país e diferenças sociodemográficas e econômicas existentes entre os estados da federação, ocorrem disparidades regionais muito significativas que comprometem a equidade na distribuição dos órgãos e promovem injustiças no processo do transplante renal.

Ainda que a oferta de órgãos não supra a demanda necessária para transplantar todos os pacientes, deve haver critérios para que a alocação do rim seja realizada de forma justa. Protocolos bem definidos afins de mensurar a condição clínica do paciente levando em consideração idade e comorbidades devem ser desenvolvidos. A criação de um processo sistematizado e deliberativo focado no paciente, objetivando educá-lo no que tange aos benefícios do transplante e risco cirúrgico, a fim de que ele possa exercer sua real autonomia e decidir se gostaria ou não de ingressar na fila de espera para transplante, poderia aumentar a justiça no processo. Além disso, protocolos bem estabelecidos para se avaliar o conhecimento do paciente em diálise sobre o transplante e sobre sua real situação clínica podem evitar injustiças na seleção do candidato ao transplante.

A bioética tem um papel fundamental nesse processo, pois se trata de um instrumento importante para promover a equidade e dignidade humana. Cabe a ela tentar solucionar disparidades complexas de forma multidisciplinar alinhando ciência, ética e tecnologia.

A constitucionalização de princípios bioéticos fundamentados na DUBDH seria uma forma de dar força para que a bioética exerça o seu papel de identificar possíveis iniquidades e desenvolver medidas resolutivas. Políticas de governo que sejam alicerçadas em princípios bioéticos, como os descritos na DUBDH, que incentivem programas de transplante renal bem estruturados e que promovam a identificação e efetivação da doação de órgãos nos diferentes estados da federação, aumentariam a oferta de órgãos e conseqüentemente diminuiria o tempo de espera em fila para transplante principalmente, nas regiões menos favorecidas.



Ao estudar o cenário nacional do transplante de rim, fica claro que as disparidades regionais encontradas entre os estados brasileiros, não se trata apenas da oferta de rins ser inferior a demanda necessária, mas principalmente decorrente de falta de políticas que incentivem a doação e captação de órgãos. A falta de recursos médico-hospitalares ou até mesmo de condições sanitárias encontradas em alguns estados são empecilhos para a melhora do transplante renal brasileiro. Estes estados com menores índices de desenvolvimento humano e maiores taxas de analfabetismo são exemplos de como as relações de poder aumentam as desigualdades sociais e privilegiam a minoria. Nesse caso, fica claro que a exclusão do benefício do transplante de rim, decorre menos da ética utilitarista em decorrência da escassez de órgãos e muito mais do exercício assimétrico do poder.

REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (2013, 16 de novembro). *Palestra pública*. Atenas.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO (2019). *Registro Brasileiro de Transplantes*, 15(4), 6-7.
- Balhara, K. S., Kucirka, L. M., Jaar, B. G., & Segev, D. L. (2012). Disparities in provision of transplant education by profit status of the dialysis center. *American Journal of Transplantation*, 12(11), 3104-3110.
- Batista, C. M. M., Moreira, R. S. L., Pessoa, J. L. E, Ferraz, A. S., & Roza, B. A. (2017). Perfil epidemiológico dos pacientes em lista de espera para o transplante renal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 280-286.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics*. 17th. ed. Oxford: Oxford University Press.
- Coelho, G. H. D. F., & Bonella, A. E. (2019). Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil. *Revista Bioética*, 27(3), 419-429.
- Cortina, A. (2005). *Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania*. 5. ed. São Paulo: Loyola.
- Courtney, A. E., & Maxwell, A. P. (2009). The challenge of doing what is right in renal transplantation: balancing equity and utility. *Nephrology Clinical Practice*, 111(1), c62-67.
- Daou, H. S., & Brito Filho, J. C. M. D. (2017). John Rawls e Amartya Sen: Paralelo entre a teoria de justiça como equidade e justiça focada nas realizações. *Revista de Teorias da Justiça, da Decisão e da Argumentação Jurídica*, 3(21), 1-21.
- Foucault, M. (1994). *Resumo dos Cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Schwarcz.



- Gracia, D. (2007). *Fundamentos de bioética*. 2. ed. Coimbra: Gráfica Coimbra.
- Gracia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. 2. ed. Madrid: Triacastela.
- Lafer, C. (2018). *Hannah Arendt: pensamento, persuasão e poder*. São Paulo: Paz & Terra.
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). The doctor-patient relationship in history. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Suppl. 3), 7-17.
- Machado, E. L., Caiaffa, W. T., César, C. C., Gomes, I. C., Andrade, E. I. G., Acúrcio, F. E. A., & Cherchiglia, M. L. (2011). Iniquidades no acesso ao transplante renal para pacientes com doença renal crônica terminal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(Suppl. 2), 284-297.
- Machado, E. L., Gomes, I. C., Acúrcio, F. E. A., César, C. C., Almeida, M. C. M., & Cherchiglia, M. L. (2012). Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(12), 2315-2326.
- Marinho, A., Cardoso, S. E. S., & Almeida, V. V. (2010). Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 786-796.
- Marinho, A., Cardoso, S. E. S., & Almeida, V. V. (2011). Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(8), 1560-1568.
- Medina-Pestana, J. O., Galante, N. Z., Tedesco Júnior, H. S., Harada, K. M., Garcia, V. D., Abbud Filho, M., ... Sabbaga, E. (2011). O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33(4), 472-484.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – Unesco (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por/PDF/146180por.pdf.multi
- Pansieri, F. (2016). A crítica de Amartya Sen à concepção rawlsiana de Justiça. *Sequência*, 74, 181-206.
- Rawls, J. (2002). *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes.
- Santos, C. A. S. D., Hossne, W. S., & Anjos, M. F. D. (2017). Transplante renal em Alagoas: olhar bioético sobre a vulnerabilidade de quem precisa. *Revista Bioética*, 25(1), 123-129.
- Sen, A. (2011). *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Siqueira, J. E., Zoboli, E., Sanches, M., & Pessini, L. (2016). *Bioética clínica*. Brasília: CFM.
- Soares, L. S. D. S., Brito, E. S., Magedanz, L., França, F. A., Araújo, W. N., & Galato, D. (2020). Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição



e acesso no território brasileiro, 2001-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1), e2018512.

Thomé, F. S., Sesso, R. C., Lopes, A. A., & Lugon, J. R. (2019). Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(2), 208-214.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Vianna, A. M. F., Rosaneli, C. F., & de Siqueira, J. E. (2022). TRANSPLANTE RENAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE BIOÉTICA. HOLOS, 3. Recuperado de <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/12727>

SOBRE OS AUTORES:

A.M.F. VIANNA

Programa de Pós-graduação em Bioética, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). E-mail: a.vianna@yahoo.com.br

ORCID-ID: <https://orcid.org/0009-0001-8476-9698>

C.F. ROSANELI

Programa de Pós-graduação em Bioética, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). E-mail: caroline.rosaneli@gmail.com

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0003-3710-5829>

J.E.SIQUEIRA

Programa de Pós-graduação em Bioética, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). E-mail: eduardo.jose@pucpr.br

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-7381-0421>

Editora responsável: Francinaide de Lima Silva Nascimento
Avaliadores Ad Hoc: Odirlei Arcangelo Lovo e Pablo Castro Santos



Recebido: 28 de junho de 2021
Aceito: 04 de novembro de 2022
Publicado: 20 de dezembro de 2022

