

Manual de Bioética para Jovens



Manual de Bioética para Jovens



Que há de mais íntimo à vida que a própria vida, a história dos nossos primeiros momentos e dos nossos últimos instantes? Por vezes, ao contemplarmos a maravilha que somos, arrebatamos-nos uma vertigem. Esta vida, que recebemos, podemos transmitir-la. Poder imenso. E, depois, esta vida um dia passará. A nossa e a daqueles que amamos. Última ilusão ou única e verdadeira manhã? **Transmissores de vida, eis aí uma aventura à altura dos nossos sonhos.**

INTRODUÇÃO

Mas como não nos enganarmos? Até que ponto se pode ir no controlo da vida que começa ou acaba? A ciência é, verdadeiramente, a árvore do conhecimento do bem e do mal. Toda a nossa responsabilidade consiste em tentar colher os frutos bons e não trincar os frutos maus, nem oferecê-los aos nossos descendentes.

Eis o desafio do *Manual de Bioética para Jovens*: desmontar as palavras para perspectivar de novo a realidade dos factos biológicos e as suas implicações éticas. O que queremos dizer, por exemplo, quando se sugere a uma mulher uma redução embrionária ou um diagnóstico pré-implantação? Com uma abordagem científica e factual, o *Manual de Bioética para Jovens* propõe pistas de reflexão.

Alguns ficarão talvez surpreendidos ao descobrirem o peso da nossa responsabilidade, enquanto homens e mulheres, perante a transmissão da vida. Há uma coisa que me parece muito importante precisar: o que cada um descobrir deve ajudá-lo a julgar os actos. Em contrapartida, nunca devemos julgar as pessoas que não fizeram as mesmas escolhas. Compete-nos antes esclarecê-las e ajudá-las.

O Manual é também um meio para corrigir um ensino, por vezes desvirtuado nos manuais escolares. O estudo dessas obras mostra que apresentam quantitativamente poucos erros. Mas um só, grave, pode ser suficiente para orientar — ou antes desorientar — toda a reflexão ética. Ora, nós encontramos dois erros importantes. O primeiro é um erro de perspectiva: a procriação é ensinada quase exclusivamente através do príncipe reductor do seu controlo, desumanizando os momentos mais íntimos da vida humana. O segundo é um erro científico: a gravidez é apresentada como se apenas tivesse início com a nidação no útero, isto é, ao sétimo dia.

Estas páginas convidam, portanto, a **ter uma atitude de prudência e firmeza**, mantendo o rumo e firmando o leme. Ouve-se insistentemente dizer que as práticas descritas neste *Manual* devem ser todas permitidas pela lei, desde que sejam tecnicamente possíveis. Procurem resistir a estas ideias estreitas, na aparência liberais, mas, na realidade, totalitárias, pois conduzem à arbitrariedade dos mais fortes.

Ouve-se também falar de escolha. Mas de que se trata? O que significa ter o poder de vida e de morte sobre alguém, só porque a lei o permite? **O que é legal não é necessariamente justo.** E as leis injustas não são leis.

Que futuro nos promete uma sociedade em que **o modelo feminino** pretende construir a sua identidade matando o próprio filho e em que a morte programada dos mais velhos e dos mais vulneráveis é apresentada como o cúmulo da compaixão?

Porque **a vida é bela** e é urgente redescobrir em nós e nos outros um olhar de encantamento, torna-se necessário remover os obstáculos que nos limitam a visão.

Se estas páginas contribuírem para isso, aprofundando os vossos conhecimentos ou, melhor ainda, ajudando-vos a **descobrir a vossa própria missão**, elas terão atingido plenamente o seu objectivo.

Esta versão revista e aumentada do *Manual de Bioética para Jovens* não me leva a alterar sequer uma vírgula da introdução à primeira versão, dado que o alicerce ético fixado em 2006 é *aere perennius* ('mais sólido do que o bronze', como no verso de Horácio)... Em contrapartida, a transgressão ética expandiu-se desde então, tanto na prática como no direito, verificando-se que a última lei de bioética votada em 2011 (em França) não teve, como de costume, outra consequência senão a de ratificar os desvios! (Em Portugal temos assistido também à aprovação de legislação – por exemplo, em matéria de aborto – em relação à qual é válida esta crítica).

Razão superlativa para persistir com este Manual actualizado, ao qual desejo que venha a conhecer o sucesso da edição precedente, já com uma tiragem de 230 000 exemplares (em França) e que até do estrangeiro nos é solicitada.

Boa leitura!

JEAN-MARIE LE MÉNÉ

PRÉSIDENT DE LA FONDATION JÉRÔME LEJEUNE

* Breve nota à edição portuguesa: os responsáveis pela edição francesa permitiram a substituição da legislação nos quadros específicos constantes da obra. Já nas perguntas e respostas, procedeu-se, em regra, à tradução da versão francesa, tendo-se acrescentado, sempre que possível, dados sobre a situação portuguesa.

ÍNDICE

1 / História do pequeno ser humano	4
2 / O abortamento	10
3 / O diagnóstico pré-natal	20
4 / A procriação medicamente assistida	28
5 / O diagnóstico pré-implantação	38
6 / Investigação com embriões	44
7 / Eutanásia/Dádiva de órgãos	54

Em cada capítulo encontram-se as rubricas:

- O que é...?
- Os métodos
- A legislação
- Perguntas...
- Reflexões éticas
- Testemunhos



Em determinados capítulos, uma rubrica específica dá resposta aos ensinamentos de alguns manuais escolares.

A história do ser humano começa com a **fecundação**

Uma nova vida humana começa no momento em que toda a informação transportada pelo espermatozóide do pai se junta à que é fornecida pelo ovócito da mãe. Na realidade, desde a fecundação estamos perante um novo ser que começa a sua existência.

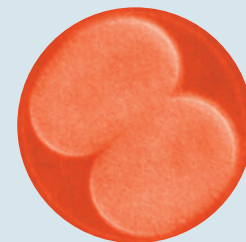
O património genético único de cada pessoa, portanto também o seu sexo, fica determinado a partir deste momento. Não se trata de um ser humano teórico, mas do *primeiro estágio de desenvolvimento* daquele que, mais tarde, há-de chamar-se Teresa ou Simão.

O zigoto é o primeiro estágio do **embrião**. Nele se encontram reunidos os 23 cromossomas da mãe e os 23 cromossomas do pai. O seu tamanho é de 0,15mm.

O zigoto recebe a informação e a vida do espermatozóide vivo do pai e do ovócito vivo da mãe.

O embrião começa a dividir-se, manifestando assim uma nova vida.

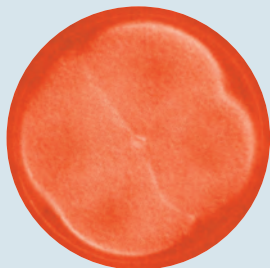
Embrião >
no 1º estágio de desenvolvimento ou zigoto



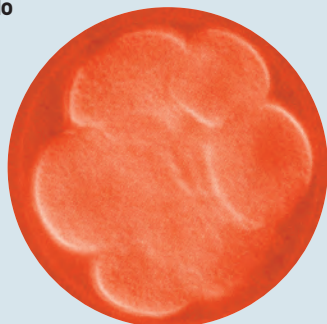
2 células

O embrião é um **organismo**, um ser vivo. O embrião humano é **um ser vivo** com um património genético **humano**.
É, sem dúvida, **um ser humano**.

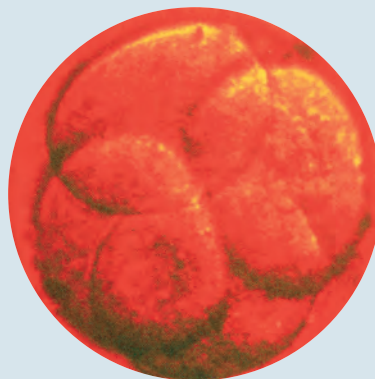
O embrião unicelular (zigoto) divide-se em 2, 3, 4, 8 células... Estas células comunicam entre si, quimicamente, mostrando que estão organizadas. Do zigoto ao feto, tudo ocorre de um modo organizado. O processo é contínuo.



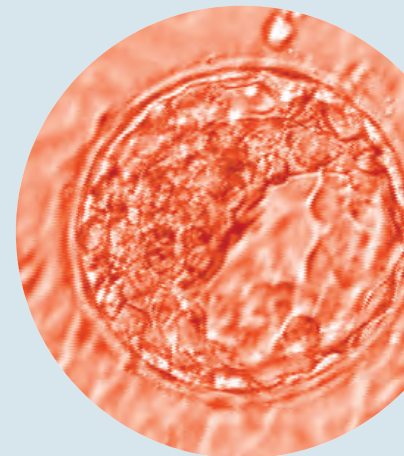
4 células
2 dias



8 células
3 dias



10 a 30 células
4 dias
Mórula



5 a 7 dias
Blastocisto
Nidação no útero materno

1 / História do pequeno ser humano

A gravidez é o “estado da mulher, da fecundação ao parto”. (Definição dos dicionários)

O termo de uma gravidez calcula-se de duas maneiras:

- **em meses** de desenvolvimento do embrião, contados a partir do dia da fecundação;
- **em semanas de amenorreia** (SA, semanas sem menstruação), contadas a partir do 1º dia do último ciclo menstrual.

Quando o ciclo da mulher é de 28 dias, a ovulação ocorre no 14º dia do ciclo.

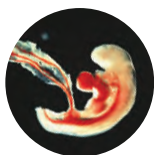
Quando uma mulher deduz que está grávida pelo atraso da menstruação, o bebê já tem pelo menos 14 dias.

Aos 21 dias o seu coração vai começar a bater.



1º dia

Zigoto



0 feto às 5 semanas
(3-5 mm)

1º mês

O coração do bebê já bate.
Ouve-se e vê-se na ecografia.
21º dia



Às 7 semanas
(17-22 mm)

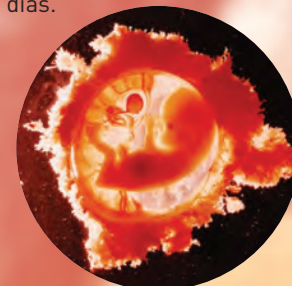
2º mês

Formam-se os membros.
Distinguem-se os dedos, a boca, o nariz, as orelhas, os olhos e até as pálpebras.



Às 8 semanas
(35 mm)

A partir da 8ª semana, o embrião passa a chamar-se feto. O cérebro e os outros órgãos já estão individualizados.



Às 11 semanas
(6 cm - 20 gr)

3º mês

Já mexe as mãos e os pés. O seu sexo pode reconhecer-se.



Às 16 semanas
(20 cm - 250 gr)

4º mês

O bebé chucha no polegar, engole líquido amniótico. As mãos estão completamente formadas.



Às 20 semanas
(30 cm - 650 gr)

5º mês

A mãe apercebe-se dos movimentos do bebé.



Às 24 semanas
(37 cm - 1000 gr)

6º mês

O bebé mexe-se muito. Começa a reagir aos sons exteriores.

“O pequeno filho do homem é um homem em pequeno.”

Jérôme Lejeune

8º mês

Assume a posição que, em princípio, manterá até ao parto.



O EMBRIÃO
É HUMANO!

O embrião em perguntas

“O embrião não é apenas um amontoado de células?”

Alguns falam de “amontoado” por oposição a “organismo”. Ora, desde o início, o embrião é um ser vivo, organizado de modo a desenvolver-se por si próprio de forma contínua. O local de penetração do espermatozóide no ovócito orienta, desde logo e a partir do ovo, a posição futura do embrião (cabeça, pés...). Desde a fecundação que o embrião dá origem a uma cadeia de actividades (expressão do código genético, síntese de proteínas), com vista ao seu desenvolvimento. Produz hormonas que interrompem o ciclo menstrual da mãe, começa a preparar os seus seios para a futura amamentação, etc. O embrião não é, portanto, um mero amontoado de células.

“O embrião é um ser humano desde a fecundação?”

Sim, porque um homem e uma mulher só podem conceber um pequeno ser humano. Sim, visto que o **património genético único de cada pessoa** fica definido nesse preciso momento. Se o ser humano não começa na fecundação, então não começa nunca, pois de onde lhe viria uma nova informação? A expressão “bebé-proveta” mostra que isto é reconhecido.

“O embrião é um ser humano, mas será uma pessoa?”

Já se cruzou com seres humanos que não fossem pessoas? Os únicos homens na história que não foram considerados como pessoas eram escravos. Se alguns seres humanos não são pessoas, em que sociedade estamos nós?

“Reconhecer o embrião como um ser humano, é uma questão de opinião?”

Aceitar que a fecundação marca o início de um novo ser humano não é uma questão de gosto ou de opinião, é reconhecer uma realidade biológica. Todas as evidências científicas vão nesse sentido e nada prova o contrário. Ninguém duvidará disto sinceramente.

“O que é que faz com que um embrião seja um ser humano?”

Não é graças às suas qualidades, às suas capacidades ou aos seus desempenhos que um ser é humano. É-o unicamente em virtude da sua natureza.

Ele pertence à **espécie humana**, à família dos homens, de todos os homens e mulheres, tal como cada um de nós. É, portanto, um ser humano.

“O embrião ou feto sentem dor?”

Hoje sabe-se que o feto sente dor, desde o segundo trimestre da gravidez, e até mesmo antes (Assises Fond. Prem. Up, juin 2010)

“O embrião está completamente dependente da mãe. Será ele um ser humano por inteiro?”

Como qualquer ser vivo, o embrião tem necessidade de um ambiente adequado para se desenvolver.

Na realidade, somos todos dependentes (de alimentação, de oxigénio), em todos os estádios da vida humana. Qual de nós resistiria nu no Antárctico? Mas, nem por isso, somos mais ou menos humanos. A dependência, por mais profunda que seja, em nada altera a nossa natureza. O facto de se abrigar e de se alimentar no corpo da mãe não faz da criança *in utero* um elemento do corpo materno. Distingue-se dele em todas as suas células.

“Se o embrião não tem forma humana, será verdadeiramente um ser humano?”

Não é somente pela aparência que se reconhece um ser humano. Aliás, o mesmo indivíduo apresenta ao longo da vida diferentes aparências: embrião, bebé, criança, adulto e velho. O embrião tem a aparência humana da sua idade. Todos passámos por essas formas embrionárias em que tudo já estava inscrito, até a cor dos nossos olhos!



Contrariamente ao que se pode ler em certos manuais escolares, a gravidez não começa quando o embrião se aloja na parede do útero (nidação), mas sim na fecundação (mesmo que a mulher não se dê conta disso senão depois da nidação). A vida do novo ser humano começa desde a fecundação.

O que é o abortamento?

O abortamento (na lei, aborto) é a morte prematura do embrião ou do feto, no decurso do seu desenvolvimento.

Fala-se de **aborto espontâneo** desde que se trate de uma morte não provocada. Fala-se de **aborto provocado** quando se põe, voluntariamente, fim à vida do embrião ou do feto.

Na lei, as palavras “interrupção da gravidez” substituem por vezes a palavra “aborto”. A expressão “interrupção da gravidez” mascara a realidade, ocultando a morte da principal interessada, a criança.

Podem distinguir-se:

- a interrupção voluntária da gravidez (IVG) “por opção” da mulher;
- a interrupção voluntária da gravidez por motivos médicos: perigo para a vida ou para a saúde da mãe;
- a interrupção voluntária da gravidez por forte probabilidade do feto sofrer de doença ou malformação grave e incurável;
- a interrupção voluntária da gravidez por esta ter resultado de um crime sexual, por exemplo violação.

No mundo inteiro, em cada ano, provocam-se cerca de 50.000.000 abortos.

Em Portugal, de acordo com os números da Direcção-Geral de Saúde, no quadro da Lei 16/2007, só no ano de 2008, foram provocados 18.607 abortamentos; no ano seguinte (2009) o número de abortos provocados foi ainda maior, 19.848; em 2010, o número subiu para 20.137; em 2011, voltou a aumentar para 20.290. Entre 2007 e 2011 realizaram-se mais de oitenta e cinco mil abortos. Mais de oitenta e cinco mil crianças únicas e insubstituíveis deixaram de nascer.

Aviso ao leitor:

Este capítulo pode ferir certas sensibilidades.

Sendo o aborto uma realidade violenta, evocá-lo, mesmo discretamente, pode ser sentido como uma agressão. No entanto, é necessário falar dele para compreender o que está em jogo. Tentámos apresentar sem disfarce esta realidade, decidindo, ao mesmo tempo, não mostrar fetos abortados.

Métodos abortivos

Aborto por aspiração

Aspiração do feto, desmembrando-o. É o método utilizado com alguma frequência nas IVG.

Aborto por nascimento parcial

O método é demasiado terrível para ser aqui descrito. Esta técnica permite até colher células nervosas vivas do feto.

Aborto por raspagem

Destruição do embrião com uma cureta e extracção dos seus fragmentos e da placenta que ficam no útero.

Pílula RU 486

Pílula abortiva que torna a mucosa uterina imprópria para a sobrevivência do embrião já implantado. Provoca um aborto.

Aborto por injeção

- Injecção de cloreto de potássio no coração do feto. Este método causa a morte do feto e provoca um parto muito prematuro.
- Injecção de uma solução hipertónica no líquido amniótico, que mata o feto em poucas horas. 24h mais tarde, a mãe dá à luz um nado-morto. Este tipo de aborto é utilizado pelas interrupções voluntárias da gravidez até aos 9 meses.

Pílula do dia seguinte ou “contraceção” de urgência

Segundo o momento do ciclo feminino em que é tomada, ora impede a fecundação e tem efeito contraceptivo, ora, como alguns pensam, impede a nidação do embrião já concebido e tem assim um efeito abortivo.

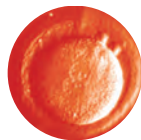
Dispositivo intra-uterino (DIU)

Dispositivo colocado na cavidade uterina, para impedir as gravidezes. Tem um efeito contraceptivo na medida em que é um obstáculo mecânico e químico para os espermatozoides e pode impedi-los (embora nem sempre) de alcançar o ovócito. Possui também um efeito abortivo precoce quando um espermatozóide consegue, mesmo assim, atingir o ovócito e fecundá-lo: nesse caso, impede o embrião de se implantar no útero e condena-o a morrer (altera a cavidade do útero impedindo a nidação do embrião).

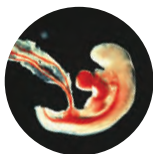


O dispositivo intra-uterino e a pílula do dia seguinte podem provocar abortos quando impedem a nidação do embrião.

Prazos para o abortamento em Portugal



ZIGOTO



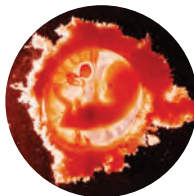
3 - 5 mm

1º MÊS



35 mm

2º MÊS



6 cm - 20 gr

3º MÊS



20 cm - 250 gr

4º MÊS



30 cm - 650 gr

5º MÊS



9º MÊS

10 semanas
**Interrupção
por opção da mulher**

12 semanas
**Indicação
terapêutica,**
nos termos referi-
dos na legislação:
art. 142.º/1/b

16 semanas
**Em caso de
crime sexual**
(ex.: violação)

24 semanas
**indicação embriopática
ou fetopática
(com exceção dos
fetos inviáveis)**

Até ao início do
trabalho de parto, se
estivermos perante:
**a) Indicação tera-
pêutica em sentido
estrito** (v. na legislação o
art. 142º/1/a do Código Penal);
b) fetos inviáveis

Legislação

A Constituição da República Portuguesa reconhece que “a vida humana é inviolável” (art. 24.º/1), mas tem vindo a assistir-se a um enfraquecimento da tutela da vida intra-uterina. Em matéria de aborto, o legislador afirma o direito à objecção de consciência dos profissionais de saúde.

Legislação em vigor

- Artigo 3.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948: “Todo o indivíduo tem direito à vida”.
- Artigo 2.º/1 da Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais (mais conhecida por Convenção Europeia dos Direitos do Homem), de 1950: “O direito de qualquer pessoa à vida é protegido pela lei”.

● Código Penal

Em 1984, foi aprovada a Lei n.º 6/84, de 11 de Maio, que alterou o Código Penal, permitindo a realização do aborto (interrupção voluntária da gravidez) quando se verificassem as seguintes indicações: terapêutica (saúde, física ou psíquica, da mãe), embriopática ou fetopática (problemas graves e incuráveis da saúde do feto) e criminológica (na altura, cobrindo apenas a hipótese de gravidez resultante de violação).

Actualmente, na sequência das alterações introduzidas pela Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril (“Exclusão da Ilícitude nos Casos de Interrupção Voluntária da Gravidez”), o artigo 142.º do Código Penal passou a dispor o seguinte: “1. Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

- a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, exceptando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;
- e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.”

O aborto em perguntas

“Gravidez e solidão: como ultrapassar a situação?”

Uma mulher grávida, sobretudo se está sozinha, pode angustiar-se e sentir que os acontecimentos a ultrapassam. Tem necessidade de ser ouvida, ajudada e, por vezes, socorrida materialmente. Se a IVG lhe pode parecer a solução menos má, ela tem o direito de saber que muitas mulheres, depois, lamentam dolorosamente a sua IVG e lamentam não ter feito a escolha da vida e do amor desta criança. Ela deve saber que, para se libertar do medo e da solidão, pode encontrar pessoas que estão disponíveis para a escutar, a ajudar e a acompanhar.

As mulheres em dificuldades podem encontrar ajuda junto de psicólogos ou de associações especializadas no acolhimento e na escuta.

“Abortamento: uma mulher pode pedir ajuda?”

Uma mulher que equaciona fazer um abortamento tem necessidade de ser escutada. Depois de um abortamento, uma mulher deve pedir ajuda, porque pode encontrar-se numa grande solidão e ter um sentimento de culpabilidade. É necessário que ela possa construir o seu futuro, aceitando incluir nele este acontecimento.

“O abortamento tem consequências psicológicas na mulher?”

Observa-se em muitas mulheres que abortaram um estado depressivo e outras perturbações: culpabilidade, perda da auto-estima, depressão, intenções suicidas, ansiedade, insónias, irritabilidade, perturbações sexuais, pesadelos em que o seu bebé a odeia, a chama... A aceitação do aborto nem sempre foi feita. Estas consequências, que podem aparecer logo ou mais tarde, são hoje bem conhecidas e identificadas como “síndrome pós-aborto”. Estes sintomas amplificam-se sempre que esta mulher encontra uma grávida, vê um bebé num carrinho, passa perto de uma maternidade ou pensa no aniversário do seu filho...

A síndrome “pós-aborto” não se limita a atingir a mãe. Pode também afectar as pessoas que lhe são próximas: o pai, os irmãos e irmãs...

Existem no mundo mulheres que começam a dar o seu testemunho: “Se eu tivesse sabido...”

www.silentnomoreawareness.org

.....
Para pedir ajuda, antes e depois de um aborto, existe um portal na Web

www.federacao-vida.com.pt • Dr.ª Ana Barquinha • 91 735 46 02

www.rachelsvineyard.org • vinhaderaquel@mail.com

SOS Grávida • 21 386 20 20 • 808 20 11 39 • sosgravida@ajudademae.com

Associação Famílias • cafap.afamilias@gmail.com • **ADAV Coimbra** • adavcoimbra@gmail.com

“Será que existe direito ao aborto?”

Em França, em 1975, o legislador quis fazer preceder as disposições relativas ao aborto do seguinte princípio de ordem pública (isto é, que se impõe a todos) e convencional (isto é, inscrito também na Convenção Europeia dos Direitos do Homem): o direito ao respeito do ser humano desde o início da sua vida. Este direito à vida é conferido a todo o ser humano. A lei Veil, que abriu as portas ao aborto no caso francês, veio introduzir derrogações e excepções ao referido princípio. Em Portugal, a partir de 2007, ao admitir-se o chamado “aborto a pedido”, isto é, por simples opção da mulher, independentemente da existência de qualquer indicação (por exemplo, violação), procedeu-se a uma mudança qualitativa do sistema. Assim, nas primeiras 10 semanas de gravidez, a vida intra-uterina ficou desprotegida e sujeita à arbitrariedade da mulher. Estabeleceu-se ainda que o aborto seria integralmente pago pelo Estado, mesmo no caso de prática reiterada.

“O abortamento em França”

Em França, provocam-se mais de 220.000 abortos por ano e já se contabilizam mais de 8 milhões de abortos desde 1975. Foram impedidas de nascer 8 milhões de crianças únicas, insubstituíveis (sobre o caso português, *vide* os números indicados anteriormente, pág. 10).



“Número fáceis de fixar”

Os números do abortamento em França são fáceis de fixar: 1, 2, 3, 4:

- 1 abortamento por cada 2 mulheres;
- 1 abortamento por cada 3 nascimentos;
- 1 abortamento por cada 4 crianças concebidas;
- 1 IVG por cada 2 nascimentos em mulheres com menos de 25 anos.

Com dois meses de idade, eu meço, da cabeça à ponta das nádegas, três centímetros. Com um microscópio, podem ver-se as minhas impressões digitais!



Reflexões éticas

Mulher/criança: amigo/inimigo?

Por que é que o direito da mulher a eliminar o seu filho deverá ser mais forte do que o direito da criança à vida? O filho pode ser considerado como um agressor injusto? Mesmo que esta teoria tenha sido, infelizmente, desenvolvida por alguns filósofos, **o filho é sempre inocente.** O próprio símbolo do amor e da paz - os laços que unem a mãe ao seu bebé - é posto em causa por uma lei que autoriza o aborto.

E no caso de violação?

Pode compreender-se que a mulher não deseje o fruto de uma violação. A mãe tem de ser muito bem acompanhada depois de um tal traumatismo, mas matar a criança não anula o drama. É juntar um drama a outro drama. O criminoso deve ser punido, mas por que é que a criança inocente deverá, ela, sofrer a pena de morte que o criminoso não sofre?

O aborto é uma libertação da mulher?

O aborto foi reivindicado por feministas como o "direito da mulher a dispor do seu corpo". Porém, biologicamente, o filho não é uma parte do corpo da mãe: é um outro corpo que no dela se abriga. A mãe não pode, portanto, dispor dele «livremente».

Além disso, o abortamento é um atentado à própria natureza da mulher, em que se inscreve o ser mãe. O imenso sofrimento da esterilidade mostra bem como a maternidade é constitutiva da identidade feminina.

Daí que o direito de matar o próprio filho não possa ser fonte de liberdade nem de realização pessoal.

O abortamento: pode falar-se de escolha?

Abortando o meu filho, eu escolho a morte para ele, como se eu tivesse legitimidade, enquanto ser humano, para matar um dos meus semelhantes. A lei que me concede este direito parece tornar esta escolha possível. E, no entanto, cometo um acto de morte. Apesar de tal não ser sancionado pela justiça portuguesa, a minha consciência lembra-me este princípio fundador: “não matarás”. O que é legal não é forçosamente moral.

Os problemas materiais...

...de uma mulher são razão suficiente para abortar, em comparação com o valor da vida de um filho? A melhor maneira de ajudar uma mulher em dificuldades não é ajudá-la a eliminar uma vida, mas ajudá-la a resolver as suas dificuldades. Se a mãe não tem possibilidades para educar o filho, a adopção poderá ser sempre um recurso para ele.

E o pai?

Não é raro que as jovens grávidas se sintam obrigadas a abortar, porque o pai não quer assumir a responsabilidade daquele filho.

Por vezes sucede o contrário: as mulheres abortam contra a vontade do pai. Nesse caso, para proteger o seu filho, o pai não pode opor-se à vontade da mãe. Mas não será ele filho dos dois? Ele é «carne da carne» de cada um deles, na procriação.

Um jovem pai de 22 anos contou-nos que esteve quase a atirar-se da janela, ao saber que a namorada tinha abortado o filho de ambos.

A lei (a francesa, mas também a portuguesa) ignora o pai.

“Uma sociedade que mata os seus filhos perde ao mesmo tempo a sua alma e a sua esperança.”

Jérôme Lejeune

Abortamento ou adopção?

Em certos casos de aflição extrema, pode acontecer que uma mãe não consiga educar o seu filho. Pode então confiar o seu bebé a pais adoptivos. Contrariamente ao abortamento em que a criança perde tudo, a adopção oferece-lhe uma alternativa: perde a mãe, mas conserva a vida e encontra novos pais. Muitos pais estão predispostos a acolher uma criança por adopção.

Abortamento e contracepção

Mentalidade contraceptiva e IVG

A mentalidade contraceptiva (recusa da criança) conduz a aceitar mais facilmente o abortamento como uma solução para o problema de uma gravidez “não desejada”.

O Inpes¹ faz notar que «uma gravidez não prevista é cada vez menos bem aceite» e que «60% das gravidezes não desejadas terminam em abortamento, contra os 40% de há alguns anos».

O Ined² constata igualmente que «a propensão para recorrer ao abortamento em caso de gravidez não prevista se acentuou à medida que melhorou o controlo da natalidade».

1 - Les Français et la contraception, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 5 juin 2007.

2 - La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée?, Etude de l'INED : Population et Sociétés, N°439, 27 novembre 2007.

A contracepção previne o abortamento?

Diz-se muitas vezes que a contracepção é o remédio mais eficaz contra o aborto. Será verdade?

Não é assim, e por 3 razões:

- Todas as pílulas contraceptivas produzem uma percentagem de abortamentos precoces;
- A mentalidade contraceptiva (recusa da criança) conduz a aceitar mais facilmente o abortamento em caso de gravidez “não desejada”;
- A contracepção favorece relações sexuais com parceiros múltiplos, no quadro de relações instáveis, o que multiplica de facto as ocasiões de gravidezes não assumidas.

As estatísticas confirmam que o aumento da contracepção não diminui o número de abortos. A França tem uma das taxas de contracepção das mais elevadas da Europa e continua a realizar 220.000 abortos por ano.

Pílula contraceptiva e abortamento

Todas as pílulas contraceptivas provocam também certa percentagem de abortos precoces. Com efeito, as pílulas clássicas (combinadas ou estroprogestativas) agem como contraceptivos quando bloqueiam a ovulação e modificam o muco cervical para ser hostil aos espermatozóides.

Mas quando um destes mecanismos não é suficiente (1 vez em 10 a ovulação não é bloqueada), actua um terceiro efeito: a modificação da mucosa uterina para impedir a nidificação do embrião. Existe então um efeito abortivo, visto que o embrião morre. As pílulas microdoseadas e os contraceptivos progestativos [“mini-pílula”, “pílula do dia seguinte” (contracepção de urgência), injeções contraceptivas e implantes de contraceptivos subcutâneos] têm idêntico efeito, mas de modo muito mais forte. Neste caso, produz-se o abortamento sem que a mulher tenha consciência disso.

O aborto e a paz

Se aceitamos que se matem os mais fracos nas nossas próprias famílias, como podemos pedir aos povos inimigos que se não matem uns aos outros?

O aborto restabelece o direito do mais forte.
Aceitar o aborto é contrário à paz.

«Eu sinto que o maior destruidor da paz, no mundo de hoje, é o abortamento, porque é uma guerra declarada contra a criança, a morte pura e simples da criança inocente, a eliminação da criança pela própria mãe. Se nós aceitamos que a mãe tenha o direito de matar o seu próprio filho, como poderemos dizer aos outros para se não matarem entre si?»

Madre Teresa

Testemunho de uma mãe

Tinha eu, então, 22 anos. Mantinha uma relação com um estudante da minha escola havia três anos. Numa noite em que me tinha esquecido da pílula, colocámos um preservativo que, infelizmente, se rompeu. Duas semanas depois, toda a minha vida se desequilibrou: estava grávida... A partir daí, a solidão que senti e a pressão do pai da criança para que abortasse foram imensas: ele não queria esta criança. Confrontámo-nos violentamente durante seis dias, depois cedi, demasiado sozinha, sem coragem suficiente e sem apoio da minha família. Ao acordar não havia nada mais: o mundo estava vazio. Dez dias mais tarde, vivi dois dias de hemorragias.

Desde há vinte anos que, na data do 'aniversário', revivo a angústia e a solidão desse momento e sinto horríveis dores de barriga. Em cada nascimento dos meus filhos, vivo meses de depressão e tenho pesadelos terríveis: mato o meu bebé com as minhas próprias mãos. Hoje, com 40 anos, nem um só dia passa sem que eu pense naquela criança e na parte de mim mesma que eu matei ao abortar.

Emma

3 / O diagnóstico pré-natal

PÁG.20

O que é o diagnóstico pré-natal?

Chama-se **diagnóstico pré-natal ou DPN** ao conjunto dos exames realizados para a detecção precoce de doenças ou de malformações do feto no útero materno. Esta prática foi regulamentada pela primeira vez, em Portugal, em 1997.

O diagnóstico pré-natal inscreve-se na lógica da vigilância desejável das gravidezes o mais cedo possível, porque é útil para prever certas anomalias da criança acessíveis a um tratamento precoce.

No entanto, hoje o **DPN** ultrapassa a política de protecção da saúde da mãe e da criança, porque serve, na maior parte das vezes, para detectar anomalias como a trissomia 21, cujo diagnóstico conduz quase sempre a uma decisão de abortar.

< Operação *in utero*, tendo Samuel, com espinha bífida, 21 semanas. Hoje, Samuel tem 10 anos.

Como vimos, a lei em Portugal, permite, desde 1984, a realização da interrupção da gravidez se “houver seguros motivos para prever que o nascituro [o embrião ou feto] venha a sofrer de doença grave ou malformação congénita”. Contudo, a fronteira entre uma doença grave e uma doença menos grave é difícil de estabelecer. A pressão da sociedade leva hoje os médicos a utilizar o DPN não tanto para tratar a criança, mas para propor o abortamento por situações cada vez menos graves. No que diz respeito aos médicos, nasce neles também o receio de passar ao lado de uma anomalia que lhes apontarão não ter sido detectada. Da conjugação destas duas atitudes resulta uma multiplicação dos abortos.

Actualmente, o DPN é muitíssimas vezes utilizado para seleccionar a “qualidade” do filho (mais até, para eliminá-lo), se não se ajustar à expectativa dos pais ou da sociedade.



Cariótipo >



3 / O diagnóstico pré-natal

Os métodos de diagnóstico pré-natal

A ecografia

É o principal exame de diagnóstico pré-natal. **Permite ver o bebé através de imagens obtidas com base em ultrasons.** Este exame é habitualmente realizado três vezes ao longo de cada gravidez, às 12, 21 e 33 semanas de amenorria. É este exame que é utilizado para medir, entre outros aspectos, a espessura da nuca, que pode estar alterada na trissomia 21¹⁾.

Amniocentese e coriocentese

A amniocentese realiza-se desde o final do terceiro mês de amenorria. Consiste na colheita de células fetais presentes no líquido amniótico, com o fim de determinar o cariótipo do filho (representação do conjunto de cromossomas). Este exame delicado provoca accidentalmente a morte do feto em mais de 1% dos casos. A coriocentese (ou biópsia do trofoblasto), colhendo um pequeno fragmento de placenta, permite determinar o cariótipo num momento mais precoce da gravidez, no 1º trimestre. O risco de morte fetal é de 1 a 2%.

A trissomia 21 é alvo de um rastreio generalizado.

Rastreio/Diagnóstico: «O rastreio é uma análise que permite calcular o risco de uma mulher grávida ter um feto portador de trissomia 21. Um diagnóstico é então proposto às mulheres em risco. O diagnóstico consiste na análise de cromossomas do feto a partir de uma colheita invasiva (amniocentese ou coriocentese).» (Atelier de l'Agence de biomédecine – décembre 2010)

Como avaliar o risco de trissomia 21?

O rastreio de trissomia 21 é baseada na idade da mulher, nas dosagens de marcadores bioquímicos («marcadores séricos») e no grau de translucência (espessura) da nuca do feto obtida através de ecografia. Em França, desde 23 de Junho de 2009, estas medidas foram reagrupadas e efectuam-se no 1º trimestre (rastreio combinado e precoce). Estes testes são propostos a todas as grávidas e podem ser realizados em 48h.

- Estão em estudo outros testes de rastreio pré-natal da trissomia 21. Uma simples análise de sangue da mãe poderá ser suficiente para diagnosticar a doença.

Com este diagnóstico simplificado vai-se banalizar cada vez mais a detecção desta doença e chegar à quase erradicação dos fetos atingidos pela trissomia 21.

1/ Anomalia cromossómica devida à presença de 3 e não 2 cromossomas 21.

Legislação

Legislação em vigor

● Aborto (Interrupção voluntária da gravidez)

- Art. 142º do Código Penal

“1. Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, exceptuando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”.

● Diagnóstico Pré-Natal (DPN)

- Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro

Artigo 10º/5, “Consideram-se testes pré-natais todos aqueles executados antes ou durante uma gravidez, com a finalidade de obtenção de informação genética sobre o embrião ou o feto, considerando-se assim como caso particular destes o diagnóstico pré-implantatário”.

- Despacho n.º 5411/1997, de 6 de Agosto

“2.1 População em risco: para efeitos de DPN, são consideradas grávidas de risco, quando se verifica uma das seguintes situações:

- a) Idade superior a 35 anos;
- b) Filho anterior portador de cromossomopatia;
- c) Progenitor portador de cromossomopatia equilibrada;
- d) Suspeita ecográfica de anomalia congénita fetal;
- e) Alteração de valores de marcadores serológicos maternos;
- f) Risco elevado de recorrência de doença genética não cromossómica;
- g) Risco elevado de efeito teratogénico (infeccioso, medicamentoso ou outro)”.

● Um caso de jurisprudência

Recentemente, o Tribunal da Relação do Porto (Acórdão de 1 Março de 2012, Processo 9434/06) decidiu: “não nos parece, assim, que possa defender-se um direito a indemnização por violação de um direito a inexistir ou a não nascer, sem consagração legal. De acordo com a doutrina dominante, pedir essa reparação [seria] pedir ao Direito que considerasse a morte preferível à vida deficiente, o que é de todo impossível, por contrariedade aos pilares de um sistema jurídico civilizado, devendo favorecer-se sempre a vida sobre a não existência”.

O diagnóstico pré-natal em perguntas

“As técnicas de DPN são más?”

As técnicas de DPN não são, em si mesmas, nem boas nem más, tudo depende do uso que delas se fizer. São boas se servem para detectar doenças que podem ser logo tratadas, ou se ajudam os pais a organizar-se para acolher uma criança doente. São nefastas se utilizadas para seleccionar os bebés antes do nascimento.

“Pode falar-se de eugenismo?”

Em França é frequente falar-se de eugenismo a propósito do DPN, visto que, se associado a uma “detecção maciça”, frequentemente conduz a um abortamento. Isto é particularmente verdadeiro para as crianças com trissomia 21, que são alvo de aborto em 96% dos casos.

Acontece que determinada medicina, com a cumplicidade da lei, passou progressivamente da protecção da saúde à eliminação de certos seres humanos por causa do seu património genético.

Esta deriva lembra os métodos criminosos de certas épocas relativamente a indivíduos deficientes mentais.

“O rastreio de trissomia 21 é obrigatório?”

Em França, desde 2011, os médicos são obrigados a informar sobre o rastreio da trissomia 21 (quanto à legislação portuguesa sobre o DPN, *vide* pág. 23).

Os pais não são obrigados a aceitá-la, têm o direito a recusar a análise de sangue dos marcadores séricos, assim como a amniocentese e a biópsia do trofoblasto.

Reflexões éticas

E se eu estivesse à espera de um filho deficiente?

Cada família deve estar preparada para acolher uma criança, mesmo doente. O choque da notícia é mais duro para aqueles que nunca pensaram nisso e que não decidiram, no seu coração, acolher o dom desta criança.

O DPN da trissomia 21 tornou mortal uma doença que o não era. Em França, 96% dos fetos doentes detectados são eliminados por aborto



Abortar porque o meu filho deficiente não será feliz?

Este preconceito condena as pessoas deficientes a provar que são felizes para terem o direito de viver. Ninguém pode medir o grau de felicidade dos outros. São muitos os testemunhos de pessoas, com uma deficiência grave, que exprimiram a sua felicidade de viver. Um estudo¹ sistemático, que envolveu um grande número de pessoas deficientes, mostrou claramente que estas não se sentiam mais infelizes, apesar do seu estado, do que a média da população.

1 - Les personnes handicapées face au diagnostic prénatal. Eliminer avant la naissance ou accompagner, Danièle Moyses (CNRS - Centre National de la Recherche Scientifique/EHESS-École de hautes études en sciences sociales) e Nicole Diederich (INSERM - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), Ed. Erès, 2011.

Quem é juiz do valor de uma vida?

Decidir um aborto por razões de doença ou de malformação significa fazer um julgamento sobre o valor da vida de um ser humano: é entender que este feto, porque é portador de uma doença grave, deveria ser impedido de nascer, é pressupor que a sua vida tem menos valor que a minha. Podemos perguntar-nos se, muitas vezes, não é por mera conveniência que os que nos rodeiam consideram que a vida desta criança não tem valor.

Reflexões éticas

O sofrimento dos pais

A compaixão relativamente aos pais é um sentimento que toda a gente, e em particular todo o médico, deve ter. Mas como poderá pensar-se que se aliviaria o sofrimento de um ser humano matando outro ser humano? É necessário fazer tudo para suprimir a doença, sem eliminar o doente, porque «*a medicina é o ódio à doença e o amor ao doente*» (Prof. Lejeune). A perda de uma criança é sempre um drama, ainda que seja por abortamento.

“Eu não sou uma anomalia cromossômica, chamo-me Virginie.”

Virginie, portadora de trissomia 21

Um mal-estar social?

Muitos pais sofrem devido ao olhar acusador sobre o seu filho e sobre si próprios: «*Quiseram esta criança? Não peçam à sociedade que se encarregue dela!*» Todos os anos, em França, um orçamento enorme - pelo menos 100 milhões de euros (2003) - é consagrado ao diagnóstico pré-natal da trissomia 21. Fala-se oficialmente de taxas de insucesso para qualificar os bebés portadores de trissomia 21 que não foram detectados. Porém, sublinhe-se que em relação a esta doença não existe nenhuma política de investigação terapêutica. A nossa sociedade torna-se cada vez mais intolerante perante a deficiência, e “o mito da criança perfeita” avança...

* STOP ao racismo cromossómico!
Contra a fobia da deficiência.

Existe a fobia da deficiência?

Um médico foi condenado a indemnizar uns pais por erro de diagnóstico *in utero*, relativo ao filho profundamente deficiente, Nicolas Perruche. O acórdão do Tribunal de Cassação (*Cour de cassation*), em 2000, condenou uma segunda vez o médico, obrigando-o a indemnizar Nicolas Perruche pelo prejuízo de estar vivo! Ele não tinha sido abortado porque o médico não detectara a sua deficiência antes do nascimento... Felizmente, “a lei anti-Perruche”, votada em 2002, pôs fim a esta triste jurisprudência. Hoje ninguém pode valer-se do facto de ter nascido deficiente para obter quaisquer contrapartidas.

Em Portugal, não há uma lei como a referida, embora a questão seja discutida e objecto de algumas decisões judiciais (vide um caso na pág. 23).



Testemunho

A mãe de Eléonore diz:

Desde o nascimento de Eléonore há 24 anos, perguntaram-me muitas vezes: «Mas porquê? Não sabias que ias ter uma criança trissómica? Não te fizeram uma amniocentese?» No início, eu respondia «Não, não sabia». Depois acrescentei: «Não sabia e ainda bem. Se o tivesse sabido durante a gravidez, ter-me-ia certamente assustado e cometido o maior erro da minha vida.»

Há 24 anos eu nada sabia da trissomia; somente algumas ideias pré-concebidas, na maior parte monstruosas, fonte de angústia, de vergonha e antipatia. Teria provavelmente preferido interromper a gravidez. Uma vez passado o choque do anúncio da deficiência, Eléonore fez com que se revelasse em nós, seus pais, uma força e uma capacidade de tolerância que desconhecíamos totalmente. Hoje, sabemos quanto Eléonore nos enriqueceu com a sua diferença, quanto ela nos dá pela sua alegria radiosa e quanto ela é feliz por viver. Hoje, avaliamos a extensão da nossa ignorância de há 24 anos e mais do que nunca exclamamos: «Que sorte por não termos sabido que este ser desconhecido, que eu transportava em mim, era portador de trissomia 21.»

Maryse Laloux, 2009

www.lesamisdeleonore.com



Eléonore Laloux, portadora de trissomia 21, é a porta-voz de um colectivo de defesa das pessoas com trissomia.

O que é a PMA?

Chama-se usualmente **Procriação Medicamente Assistida (PMA)** ao conjunto de técnicas que permitem a procriação fora do processo natural.

A PMA utiliza os gâmetas: espermatozóides do homem e ovócitos da mulher.

Há principalmente duas técnicas:

- a inseminação artificial;
- a fecundação *in vitro* com transferência embrionária (FIV).



◀ Micro-injecção de um espermatozóide num ovócito com recurso a uma micro-pipeta.

Os métodos de PMA

Inseminação artificial

- 1 - Recolha do esperma.
- 2 - O esperma é introduzido directamente no colo uterino da mulher.
- 3 - Todo o resto da gravidez se processa naturalmente. A fecundação tem lugar na trompa.



Fecundação na proveta

As etapas da Fecundação *In Vitro* (FIV)

- 1 - Recolha do esperma do pai e dos ovócitos da mãe.
- 2 - Numa proveta, cada ovócito é posto em contacto com espermatozóides. A fecundação tem lugar. Desenvolvem-se vários embriões.

- 3a - Em cerca de 10 embriões criados, somente 1 a 3 embriões são transferidos para o útero da mãe.

A gravidez prossegue normalmente, salvo se há complicações, muitas vezes ligadas a uma gravidez múltipla.

- 3b - Os embriões concebidos, mas não transferidos, são:

- destruídos, se não têm suficiente qualidade para serem colocados no útero materno (em Portugal, prevê-se a possibilidade da sua utilização para efeitos de investigação: *vide* legislação, pág. 31);
- congelados, a fim de serem transferidos mais tarde, se os seus pais desejarem ter um novo filho (em Portugal, a lei prevê a possibilidade da sua utilização no prazo máximo de três anos. Findo este prazo, os embriões poderão ser doados a outro casal que sofra de infertilidade, utilizados para fins de investigação ou descongelados, o que implica a sua destruição).



Embrião

Transferência



Útero

Os métodos de PMA

Fecundação *in vitro* com Injecção Intracitoplasmática de Espermatozóides

A Injecção Intracitoplasmática de Espermatozóides, ou microinjecção, consiste em introduzir directamente o espermatozóide seleccionado no ovócito. Esta técnica foi primeiramente utilizada para resolver uma infertilidade do pai. Com ela corre-se o risco de transmitir à criança as anomalias genéticas responsáveis pela infertilidade do pai.

A taxa de sucesso, sendo maior do que a da fecundação *in vitro* clássica, é utilizada para mais de metade das FIV (dados de 2008), mesmo quando o pai não sofre de infertilidade.

Fecundação *in vitro* com dádiva de gâmetas

A lei portuguesa exige que a PMA seja sempre realizada com gâmetas (células sexuais) de, ao menos, um dos cônjuges.

No caso de um dos cônjuges não poder produzir gâmetas (ausência de espermatozóides, dificuldades de ovulação), a lei permite recorrer a um dador exterior ao casal, para obter quer espermatozóides, quer ovócitos.

Fecundação *in vitro* com mães de substituição

As mães de substituição (vulgo “barrigas de aluguer”) são mulheres que disponibilizam o seu útero quando a mulher do casal não tem condições de levar a gravidez a termo. A mãe de substituição transporta e traz ao mundo o filho do casal, concebido *in vitro* e transferido para o seu útero. No momento do nascimento, ela entrega a criança ao casal, recebendo habitualmente uma remuneração. Por vezes, a mulher torna-se mãe de substituição por inseminação do esperma do pai: neste caso, ela é também a mãe biológica da criança. Esta prática é ilegal em França e em Portugal, bem como na maioria dos países. No entanto, está em curso entre nós um procedimento legislativo tendo em vista permitir, sob certas condições, a maternidade de substituição a título gratuito.

Um número que levanta problemas

Quantos embriões morrem para conseguir 1 nascimento? Em média concebem-se 17 embriões para obter um nado-vivo. Os outros 16 morrem.

Legislação

Legislação em vigor

● Lei da Procriação Medicamente Assistida: admissibilidade e âmbito

A Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho) autoriza a prática da PMA para responder ao pedido de um casal infértil e ainda “para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosas ou outras” (art. 4.º/2).

Dispõe o art. 2.º que a lei se aplica “às seguintes técnicas de PMA: a) Inseminação artificial; b) Fertilização *in vitro*; c) Injecção intracitoplasmática de espermatozóides; d) Transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; e) Diagnóstico genético pré-implantação; f) Outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias”.

● Dádiva de gâmetas e embriões

A lei proíbe a compra ou venda de gâmetas (sêmen ou óvulos) e de embriões (artigo 18.º), sendo a dádiva anónima (art. 15.º).

O art. 10.º/1 estabelece que “Pode recorrer-se à dádiva de ovócitos, de espermatozóides ou de embriões quando, face aos conhecimentos médico-científicos objectivamente disponíveis, não possa obter-se gravidez através do recurso a qualquer outra técnica que utilize os gâmetas dos beneficiários e desde que sejam asseguradas condições eficazes de garantir a qualidade dos gâmetas”.

● Fecundação *in vitro*: criação e transferência de embriões

Art. 24.º (Princípio geral): “1 – Na fertilização *in vitro* apenas deve haver lugar à criação dos embriões em número considerado necessário para

o êxito do processo, de acordo com a boa prática clínica e os princípios do consentimento informado. 2 – O número de ovócitos a inseminar em cada processo deve ter em conta a situação clínica do casal e a indicação geral de prevenção da gravidez múltipla”.

● A lei e a investigação em embriões

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, assinada em 1997, que entrou em vigor em Portugal em 2001, prevê que compete a cada país autorizar, ou não, a pesquisa em embriões excedentários. Certos países, como a Alemanha e a Itália, proibem-na, outros, como a Grã-Bretanha, a França e Portugal admitem-na.

A lei portuguesa autoriza, desde 2006 (Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, art. 9.º/2), a investigação científica em embriões tendo em vista a “prevenção, diagnóstico ou terapia de embriões, de aperfeiçoamento das técnicas de PMA, de constituição de bancos de células estaminais para programas de transplantação ou com quaisquer outras finalidades terapêuticas”.

Poderão ser utilizados, nos termos do art. 9.º/4, os embriões: a) “criopreservados, excedentários, em relação aos quais não exista nenhum projecto parental”; b) aqueles “cujo estado não permita a transferência ou a criopreservação com fins de procriação”; c) “que sejam portadores de anomalia genética grave, no quadro do diagnóstico genético pré-implantação”; d) “obtidos sem recurso à fecundação por espermatozóide”.

A criação de embriões humanos para fins de investigação científica é proibida (art. 9.º/1).

A PMA em perguntas

“A congelação provoca danos no embrião?”

Em 1995, estudos estatísticos evidenciaram que cobaias retiradas da congelação apresentavam alterações genéticas devidas ao frio. A congelação de embriões “excedentários” pode, pois, apresentar riscos.

“Pode haver consequências físicas numa criança concebida *in vitro*?”

Para além do risco acrescido de nascimento prematuro, os estudos científicos evocam um aumento das malformações em crianças concebidas por FIV com Injecção Intracitoplasmática de Espermatozoides de 25% relativamente às crianças concebidas naturalmente. Observam-se em particular anomalias do sistema cardiovascular, urogenital ou músculo-esquelético. (BEH juin 2011: méta-analyse de 25 études internationales).

“Pode haver consequências psicológicas numa criança concebida por dádiva de gâmetas?”

As crianças nascidas por FIV com dádiva de gâmetas podem sofrer dos mesmos problemas que certas crianças adoptadas. As crianças que não conhecem os pais biológicos podem ser afectadas por isso. Todos nós gostamos de saber de onde vimos, quem são os nossos pais, de quem herdámos a cor dos olhos, dos cabelos, o nosso sorriso... Daí os pedidos de determinadas crianças para que seja levantado o anonimato do seu pai e da sua mãe biológicos.



Por fecundação *in vitro*, concebem-se embriões fora do corpo materno. Desde a fecundação, estes embriões são seres humanos como os que são concebidos *in vivo*, mesmo se não forem transferidos para o útero materno. Destruir estes embriões, *in vitro* ou *in vivo*, é matá-los.

“Pode haver consequências para o casal?”

As técnicas de PMA são psicologicamente muito exigentes para o casal, por causa da intromissão médica na intimidade do casal: interrogatório sobre a vida íntima, fecundação do ovócito, transferência e inseminação da mulher pelo médico em vez do cônjuge.

São-no particularmente para o pai quando se sente excluído da fecundação do seu filho, produto da colaboração da mulher e do médico. Os pais sofrem também com a destruição e congelação de uma parte dos embriões. (*Les cahiers de l'INED n°161, 2008*)

“Existem riscos físicos para a mãe?”

A recolha de ovócitos é um processo técnico duro que comporta uma prévia e forte estimulação ovárica. Em seguida, é preciso proceder à colheita dos ovócitos na cavidade abdominal. A hiperestimulação ovárica exige uma hospitalização da mulher em 1,9% dos casos (BEH juin 2011) e, raramente, provoca a morte. Existem também casos de trombozes arteriais ou venosas.

“Nos casos de esterilidade não existe alternativa senão a PMA?”

A PMA contorna a infertilidade sem a curar. Ora, a medicina pode tratar um determinado número de causas médicas da esterilidade. Existem diversas técnicas que ajudam os casais que se têm por estéreis a procriar: **o método Billings** que fornece um melhor conhecimento dos ciclos de fecundidade, **a NaProTecnologia**, mais recente, que se serve de todas as tecnologias referentes à procriação (observação da fecundidade, tratamentos médicos, intervenções cirúrgicas). Este método apresenta taxas de sucesso superiores à PMA (www.fertilitycare.fr). Por fim, o casal pode ainda decidir-se pela adopção e oferecer o seu lar a uma criança.

“A ligação entre a FIV e a investigação em embriões”

A investigação em embriões deriva directamente da FIV. Sem esta técnica, seria impossível dispor de embriões “utilizáveis” para a investigação. Somente 66% dos embriões congelados estão ainda incluídos num projecto parental. O número crescente de embriões “excedentários” permite a certos investigadores armazenar “matéria-prima”. Este número serviu mesmo de principal argumento nos debates sobre a lei de bioética [França]: «*Mais do que deixar morrer ou fazer morrer “sem proveito” estes milhares de crianças, dêem-nos o direito de os destruir para realizarmos as nossas investigações*».

Reflexões éticas

Um filho a qualquer preço?

Em nome dos Direitos do Homem, a criança não pode ser considerada como um objecto à disposição de outrem. A criança não é um direito.

O médico deveria procurar curar a esterilidade dos pais em vez de os substituir.

Proteger da manipulação os gâmetas e a procriação

Os gâmetas não são células como as outras, não têm nenhuma utilidade para o corpo que as produz. Têm como única função conceber um novo ser humano, transmitindo-lhe o património genético do pai e da mãe. Daí que convenha tratá-las com respeito e reservá-las para o projecto de procriação do casal. Por esta razão são insubstituíveis e deveriam ser indisponíveis.

As técnicas de PMA operaram uma revolução retirando os ovócitos do corpo da mulher. Os gâmetas são agora utilizados para a fecundação *in vitro* (inclusivamente para um outro casal) e para as manipulações que dela derivam: selecção do esperma, selecção dos embriões, experimentação sobre o embrião, diagnóstico pré-implantação, gravidez para outrem (maternidade de substituição).

Estas manipulações não são éticas, porque dissociam a procriação da sexualidade e transformam os gâmetas em material de laboratório.

“O projecto parental, álibi do poder médico”
Catherine Labrusse-Riou
(jurista.)

Projecto parental e dignidade

A expressão “projecto parental” nasceu durante os debates sobre o aborto.

É uma teoria segundo a qual uma criança só é um ser humano se os pais desejarem o seu nascimento.

Ora, o que faz deste filho um ser humano não é o projecto que se tem para ele, mas o facto de pertencer à espécie humana...

Mesmo quando os pais deixam de ter “projecto parental” para o seu filho, este, quer seja embrião ou recém-nascido, não é por isso menos humano.

A ligação entre a FIV e a selecção de embriões

Em França, por tentativa de fecundação *in vitro* concebem-se cerca de 6 a 10 embriões e transferem-se 1 a 3 para o útero materno (sobre o quadro legislativo português, *vide* pág. 31). Como se escolhem estes embriões?

- A equipa médica selecciona os que parecem ser bastante fortes para sobreviver. Os que não têm estas qualidades são destruídos. Esta é a **1ª selecção**.
- Depois, se mais de 2 embriões se desenvolvem normalmente no útero ao longo da gravidez, propõe-se à mãe uma “redução embrionária”, isto é, o aborto de 1 ou de 2 embriões, para evitar os riscos de uma gravidez múltipla. Esta é a **2ª selecção**.

O recurso à fecundação em proveta, realizada no exterior do corpo da mulher, favorece a selecção qualitativa dos embriões, o que é uma forma de eugenismo. Não há FIV sem selecção de embriões. Determinadas selecções não são possíveis sem o recurso à FIV. É o caso da técnica do diagnóstico pré-implantação (cfr. o capítulo DPI).

Pode falar-se de embrião “excedentário”?

Pode dizer-se que um ser humano está a mais? Alguém conhece adultos “excedentários”? O embrião sem projecto parental torna-se um “objecto” do qual se dispõe e cujo destino está nas nossas mãos:

- Podemos destruí-lo, o que significa matar um “ser humano em ponto pequeno”;
- Podemos fazer dele um objecto de experiências ou de investigação científica, o que equivale a tratar esse ser humano como material de laboratório.

Reflexões éticas

Congelar embriões humanos?

Só em França existem mais de 165.000 embriões congelados. São seres humanos. Ocorreria a alguém a ideia de congelar o próprio filho à espera de ter tempo de se ocupar dele?

Usar embriões para a investigação?

Não é legítimo utilizar embriões humanos para a investigação, porque a investigação instrumentaliza e mata estes embriões. Ora, são seres humanos e não existe o direito de dispor da vida de um ser humano, ainda que seja para salvar uma outra vida. *"Age de tal maneira que trates a humanidade como um fim e nunca simplesmente como um meio."* (Kant)

Eu tenho 5 pais e tu?

«Eu nasci de uma FIV efectuada com o esperma de um homem, o meu pai biológico, e o óvulo de uma dadora, a minha mãe biológica.

Depois cresci no corpo de uma mãe de aluguer.

Agora vivo com os meus pais adoptivos...

Quem são os meus pais?»

Em 2004, havia em França pelo menos 120.000 embriões congelados. Em 2009 eram 165.591.

(Agência de Biomedicina 2010)



Testemunho

Penso incessantemente nos embriões congelados...

«Mãe de uma menina de três meses concebida por FIV, penso sem cessar nos outros oito embriões congelados. Não tendo já outro projecto parental e não conseguindo aceitar a sua destruição, não sei que decisão tomar..»

A equipa médica que nos permitiu realizar o nosso desejo está ausente em todas estas questões...

Agradeço a vossa ajuda.»

Anne

Citado no blog <http://bioethique.catholique.fr>



O que é o diagnóstico pré-implantação?

É uma técnica de selecção de embriões, utilizada por casais férteis portadores de uma doença genética hereditária. Essa técnica, com a fecundação *in vitro*¹, pretende obter o nascimento de um bebé não portador dessa doença ou de um bebé que tenha uma determinada característica genética desejada. Em certos casos, é autorizada, em Portugal, pela Lei da Procriação Medicamente Assistida, de 2006.

Depois de concebidos vários embriões, selecciona-se aquele que será implantado no útero materno.

Os embriões portadores da doença ou que não tenham a característica genética desejada são destruídos.

[1] Ver o Capítulo sobre Procriação Medicamente Assistida

Os métodos do DPI

1 - Fecundação *in vitro*

Geram-se por fecundação *in vitro* 6 a 10 embriões que se deixam desenvolver até alcançarem o estágio de 8 células. Recolhem-se 1 ou 2 células de cada um.

2 - Análise

Analisam-se estas células para saber se o embrião é portador da doença procurada.

3 - Selecção

Transferem-se para o útero 1 ou 2 embriões não portadores da anomalia procurada. Se os outros embriões são saudáveis, congelam-se. Os restantes são destruídos ou utilizados para investigação.

Um caso particular de selecção: o bebé-medicamento

Um “bebé-medicamento” (chamado impropriamente bebé “da dupla esperança”) é um bebé seleccionado com recurso a DPI, num quadro de FIV, para tratar um irmão ou irmã portadores de doença genética grave. Para que o tratamento resulte é preciso que o embrião responda a dois critérios: não deve ser portador da doença e deve ser compatível com o seu irmão ou irmã doente. O DPI é a técnica que permite esta dupla triagem. É preciso conceber dezenas de embriões para obter o nascimento de um bebé-medicamento. O primeiro “bebé-medicamento” foi Adam Nash, nascido nos EUA em 2000. A Lei da Procriação Medicamentada Assistida autoriza esta prática em Portugal.

“O racismo cromossómico é horrível como todas as outras formas de racismo”

Jérôme Lejeune



In vitro (por FIV) ou *in vivo* (no corpo feminino), a **destruição de um embrião doente é matar uma vida humana.**

Legislação

Legislação em vigor

● Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, relativa à Procriação Medicamente Assistida

Art. 28.º (Rastreio de aneuploidias e diagnóstico genético pré-implantação)

“1 - O diagnóstico genético pré-implantação (DGPI) tem como objectivo a identificação de embriões não portadores de anomalia grave, antes da sua transferência para o útero da mulher, através do recurso a técnicas de PMA, ou para os efeitos previstos no n.º 3 do artigo 7.º

2 - É permitida a aplicação, sob orientação de médico especialista responsável, do rastreio genético de aneuploidias nos embriões a transferir com vista a diminuir o risco de alterações cromossómicas e assim aumentar as possibilidades de sucesso das técnicas de PMA.

3 - É permitida a aplicação, sob orientação de médico especialista responsável, das técnicas de DGPI que tenham reconhecido valor científico para diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças genéticas graves, como tal considerado pelo Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida”.

Art. 29.º (Aplicações)

“1 - O DGPI destina-se a pessoas provenientes de famílias com alterações que causam morte precoce ou doença grave, quando exista risco elevado de transmissão à sua descendência.

2 - As indicações médicas específicas para possível DGPI são determinadas pelas boas práticas correntes e constam das recomendações das organizações profissionais nacionais e internacionais da área, sendo revistas periodicamente”.

Art. 7.º (Finalidades proibidas)

“2 - As técnicas de PMA não podem ser utilizadas para conseguir melhorar determinadas características não médicas do nascituro, designadamente a escolha do sexo.

3 - Exceptuam-se do disposto no número anterior os casos em que haja risco elevado de doença genética ligada ao sexo, e para a qual não seja ainda possível a detecção directa por diagnóstico pré-natal ou diagnóstico genético pré-implantação, ou quando seja ponderosa a necessidade de obter grupo HLA (human leukocyte antigen) compatível para efeitos de tratamento de doença grave.

5 - É proibida a aplicação das técnicas de diagnóstico genético pré-implantação em doenças multifactoriais onde o valor preditivo do teste genético seja muito baixo”.

O diagnóstico pré-implantação em perguntas

“ O DPI cura uma criança? ”

Em 1999, soube-se que Valentim era o primeiro filho nascido em França não portador de uma doença “graças” ao diagnóstico pré-implantação. Muitas pessoas acreditaram que ele tinha sido curado. É verdade? Não. O DPI não trata nem cura ninguém. A criança concebida por DPI nasce saudável, porque isenta de uma doença que nunca teve. O DPI permite triar os embriões a fim de transferir um embrião saudável e eliminar os embriões que são doentes. Valentim pôde nascer, porque estava de boa saúde, se não teria sido suprimido como os outros.

“ O DPI evita um aborto? ”

A prática do DPI favorece o desenvolvimento de uma mentalidade de selecção e de eliminação. Neste sentido, não é correcto afirmar que o DPI evita um aborto. Depois de um DPI, quando os embriões transferidos *in utero* se desenvolvem, é-lhes feito um diagnóstico pré-natal (DPN) para certificação de que não são portadores de nenhuma doença como, por exemplo, a trissomia 21. Caso contrário, são abortados. Para além disso, o próprio DPI pretende detectar embriões doentes para, de seguida, os destruir. No plano ético, equivale, portanto, a um aborto.

“ No plano ético é melhor fazer um DPI do que um aborto tardio? ”

Para as crianças doentes detectadas o resultado é o mesmo: qualquer que seja a data, são mortas. Não há, pois, hierarquia de valores. Para os pais ou para os irmãos, destruir um embrião *in vitro* é aparentemente menos duro do que fazê-lo mais tarde na gravidez. É que ainda não estão ligados afectivamente ao embrião como virão a estar a um bebé de alguns meses. Contudo, mesmo não tendo consciência disso, o significado moral do acto é idêntico. De resto, podem surgir até síndromes pós-aborto. Ignorar a verdade do acto não liberta.



**Dezenas de embriões
para 1 nascimento**

Reflexões éticas...

O DPI é uma prática eugénica?

O DPI é uma técnica de detecção precoce de doenças genéticas. Favorece a eliminação de categorias de sujeitos (embriões), tendo em conta o seu código genético. Pode-se, assim, falar de eugenismo. Para o Prof. Jacques Testart¹ «*o diagnóstico pré-implantação é uma promessa de eugenismo discreto, consensual e em grande escala. [...] Futuramente o uso do diagnóstico pré-implantação irá expandir-se brutalmente*».

1- Jacques Testart, biólogo pioneiro francês da fecundação *in vitro*. Há muitas pessoas que denunciam que o DPI é a imposição dissimulada de uma norma genética. «*Num futuro muito próximo, os pais refugiar-se-ão prudentemente na procriação artificial para garantir o quociente genético da sua progenitura. Amanhã, na sala de espera dos centros de planeamento familiar, produto de uma campanha panfletária para a prevenção das taras genéticas, surgirá afixado este novo slogan: o sexo para o prazer; a proveta para o bebé!*» (N.T.: em francês, no original: “*Le sexe pour le frisson; l'éprouvette pour le nourrisson!*”)²»

2- *Le Chiffre de la Vie*, Grégory Bénichou, Ed. Seuil, sept. 2002

A caminho da criação de um “super-homem”?

Propondo aos pais não estéreis que recorram à FIV para seleccionar o seu filho, segundo critérios genéticos, o DPI faz o jogo do transumanismo (ou pós-humanismo). Nascida nos anos 90, nos EUA, a ideologia transumanista afirma que as ciências e as técnicas podem melhorar as características físicas e mentais do homem e reivindica o aparecimento de uma nova espécie.

Assim, o “tecnoprefeta” R. Kurzweil recusa «todas as espécies de constrangimentos, limites e interdições» que, em nome da prudência ou da ética, impediriam o homem de ir “mais longe”. Os que decidirem permanecer humanos e recusarem “progredir” constituirão uma subespécie.

O “bebé-medicamento” é uma escolha para os pais?

Compreende-se o sofrimento dos pais perante a doença de um filho. Mas será ético gerar um filho para salvar outro? Quantos embriões teremos de conceber e depois eliminar para que só um sobreviva? Mesmo que seja muito amado pelos pais, o “bebé-medicamento” é, de facto, tratado como um objecto em função do acto pelo qual foi chamado à vida. Foi escolhido pelo que vai poder dar a um doente.

Como reagirá uma criança quando tomar consciência de que existe porque foi um medicamento para um irmão mais velho? E como reagirá se não tiver sido “capaz” de curar o seu irmão mais velho que, apesar de tudo, morre? Como é que os pais olharão para este filho que não “soube” salvar o seu irmão, apesar de todos os esforços?

Como é que o irmão mais velho viverá ao saber que dezenas de embriões foram destruídos, porque não lhe serviriam de medicamento?

Testemunhos

Jacques Testard, “pai” do primeiro bebé proveta francês:

«O diagnóstico genético pré-implantação é o meio graças ao qual o eugenismo poderá atingir os seus fins.»

Jaques Cohen, responsável por um laboratório americano, pioneiro em procriação humana:

«Nos próximos dez a vinte anos, seremos capazes de passar pelo crivo cada embrião humano para detectar não só todas as anomalias cromossómicas numéricas, como muitas outras doenças genéticas. Num futuro próximo, será possível estabelecer as predisposições individuais para as doenças cardiovasculares, para todos os tipos de cancro e para as doenças infecciosas. Num futuro mais ou menos longínquo, poderemos certamente identificar diversos traços genéticos como a estatura, a calvície, a obesidade, a cor dos cabelos ou da pele e mesmo o Q.I. Assim, pouco a pouco, o fim último do DPI poderia muito bem ser o de normalizar a espécie.»

Citados em Le Monde, a 5 de Junho de 2001



Pesquisa com células estaminais: que desafios?

Chamamos células estaminais às células imaturas, não diferenciadas, capazes de produzir numerosos tipos de células de diferentes tecidos do organismo adulto. São “células-mãe”. São recolhidas e cultivadas tendo em vista a pesquisa e o tratamento de algumas doenças.

Distinguimos células estaminais adultas, umbilicais, placentárias, fetais, pluripotentes induzidas e embrionárias.

Estas células permitem obter, em certas doenças, resultados terapêuticos interessantes.

No entanto, a utilização de uma das categorias referidas, as células estaminais embrionárias humanas, é imoral, porque estas são obtidas a partir da destruição de embriões humanos.

6 / Pesquisa com embriões

Tipos de células estaminais humanas em função do desenvolvimento do ser humano



Características e tipos de células estaminais

Três tipos de células estaminais

1 - Células estaminais totipotentes:

são capazes de gerar todos os tipos de células do organismo (incluindo a placenta):

> células embrionárias do zigoto.

2 - Células estaminais pluripotentes:

são capazes de gerar, não um novo organismo, mas todos os tipos de células do organismo (à exceção da placenta):

> células estaminais embrionárias;

> células pluripotentes induzidas (induced pluripotent stemcells).

3 - Células estaminais multipotentes:

são capazes de gerar um grande número de tipos celulares, mas não todos:

> células estaminais adultas;

> células estaminais umbilicais;

> células estaminais amnióticas, placentárias;

> células estaminais fetais.

Donde provêm as células multipotentes?

As células estaminais adultas são extraídas do corpo (criança ou adulto). Ex: pele, músculo, sangue, medula óssea, gordura, etc...

As células estaminais umbilicais são extraídas do sangue do cordão umbilical.

As células estaminais amnióticas e placentárias provêm do líquido amniótico e da placenta.

As células estaminais fetais são extraídas de fetos abortados.

Donde provêm as células pluripotentes?

As células estaminais embrionárias são extraídas de embriões, ditos “excedentários”, concebidos no quadro da procriação medicamente assistida e depois abandonados à investigação. Estes embriões, descongelados, são reanimados durante alguns dias, até ao estágio blastocisto (6 a 7 dias), antes de serem destruídos para colheita das referidas células.

As células IPS são células retiradas do corpo adulto (ex: pele) que, para se tornarem indiferenciadas, primeiro são desprogramadas e, depois, reprogramadas. Podem, em seguida, transformar-se em numerosos tipos de tecidos, de onde o seu nome: células estaminais pluripotentes induzidas ou células IPS. Esta descoberta decisiva, feita pelo Prof. Yamanaka em 2006, permite obter células pluripotentes sem destruir embriões humanos.

Utilização das células estaminais

Células estaminais e terapia celular

A terapia celular designa os implantes de células para regenerar as funções de um tecido ou de um órgão quando estas estão alteradas. Estas terapias beneficiaram dos recentes avanços científicos relativos às células estaminais.

Neste contexto, as células estaminais adultas são já utilizadas no tratamento de doenças do sangue (leucemias), na regeneração de ferimentos, de queimaduras, de tendões e na engenharia de tecidos (reconstituição da traqueia). Certas células, nomeadamente do cordão, permitem regenerar células das paredes dos vasos. Algumas estão em vias de avaliação no tratamento de crianças que sofrem de paralisia cerebral, da doença de Crabbe...

Se a utilização destas terapias, que beneficiaram dos progressos relativos às células estaminais, permite, por um lado, criar expectativas de regeneração de órgãos (medicina regenerativa), por outro, não nos deve fazer perder a consciência de que estas células não curarão todas as doenças.

Células estaminais e investigação

Actualmente, as células embrionárias humanas e as células IPS não são utilizadas para tratar pacientes. Servem como modelo para estudar as doenças e seleccionar moléculas, o que se revela útil na pesquisa de medicamentos.

Porém, trabalhos recentes mostram que as células IPS poderiam também ter resultados terapêuticos (ex: êxito no tratamento da lesão do miocárdio, em experiências com ratos).

Pontos fortes / pontos fracos

Células estaminais embrionárias humanas

Células IPS

+ As mesmas capacidades de proliferação e de diferenciação

- Provocam tumores cancerosos

- Actualmente não têm aplicação clínica

+ Interessantes para a selecção de moléculas e para a criação de modelos de doenças

- Rejeição imunitária, porque não provêm do paciente, mas do embrião

+ Sem rejeição se provêm do paciente

- Modelos patológicos limitados às doenças genéticas

+ Produzem modelos patológicos directamente a partir de células dos pacientes

- A sua obtenção supõe a destruição de embriões humanos

+ Sem objecções éticas

Legislação

Legislação em vigor

● Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho (PMA)

Artigo 9.º (Investigação com recurso a embriões)

“1 - É proibida a criação de embriões através da PMA com o objectivo deliberado da sua utilização na investigação científica.

2 - É, no entanto, lícita a investigação científica em embriões com o objectivo de prevenção, diagnóstico ou terapia de embriões, de aperfeiçoamento das técnicas da PMA, de constituição de bancos de células estaminais para programas de transplantação ou com quaisquer outras finalidades terapêuticas.

3 - O recurso a embriões para investigação científica só pode ser permitido desde que seja razoável esperar que daí possa resultar benefício para a humanidade, dependendo cada projecto científico de apreciação e decisão do Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida”.

Vide também legislação, pág. 31 (A lei e a investigação em embriões)

● Patentes e embrião humano Código da Propriedade Industrial

Artigo 53.º Limitações quanto à patente

“1 - As invenções cuja exploração comercial seja contrária à lei, à ordem pública, à saúde pública e aos bons costumes são excluídas da patenteabilidade, não podendo a exploração ser considerada como tal pelo simples facto de ser proibida por disposição legal ou regulamentar.

2 - Nos termos do número anterior não são patenteáveis, nomeadamente:

c) As utilizações de embriões humanos para fins industriais ou comerciais”.

O Tribunal de Justiça da União Europeia, num acórdão de 18 de Outubro de 2011 (Brüstle contra Greenpeace) considerou que a “exclusão da patenteabilidade relativa à utilização de embriões humanos para fins industriais ou comerciais abrange também a utilização para fins de investigação científica, só podendo ser objecto de uma patente a utilização para fins terapêuticos ou de diagnóstico aplicável ao embrião humano e que lhe é útil”.

Em foco

“E o sangue do cordão?”

Actualmente, em França, somente 20% das crianças à espera de transplante de medula óssea beneficiaram de um transplante.

O sangue do cordão umbilical, rico em células estaminais, é muito útil para substituir os transplantes de medula óssea sobretudo em crianças.

Em França, 15.000 cordões umbilicais seriam suficientes para cobrir as necessidades hematopoiéticas (patologias do sangue). A França está muito atrasada no que respeita à colheita e à conservação de sangue do cordão umbilical.

“E o embrião animal?”

Para estudar o desenvolvimento embrionário, os investigadores podem utilizar embriões de animais, o que não coloca nenhum problema ético.

O Prof. Yamanaka fez a descoberta capital das células IPS graças aos seus trabalhos com embriões de rato. A destruição dos embriões humanos não é necessária para progredir na ciência e melhorar os conhecimentos.

“E a clonagem?”

A clonagem é uma manipulação destinada a reproduzir, assexuadamente, um ser humano geneticamente idêntico ao original. Substitui-se o núcleo de um óvulo pelo núcleo de uma célula (não sexual) colhida do organismo que se pretende clonar. Teoricamente, a clonagem reprodutiva, que visa reproduzir um ser destinado a nascer, distingue-se da clonagem dita «terapêutica» (clonagem útil para a investigação), por meio da qual se interrompe o processo de desenvolvimento do embrião ao fim de uma semana, para utilizar as suas células estaminais. Neste momento, a clonagem humana para ter filhos é proibida. Em Portugal, para além do Protocolo Adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que proíbe a clonagem de seres humanos, veja-se a Lei da Procriação Medicamente Assistida, artigos 7.º/1 e 36.º. Infelizmente, admite-se a chamada clonagem para fins de investigação (art. 9.º/4).

Será que me podem fabricar em milhares de exemplares para a investigação?



Reflexões éticas

A investigação com embriões é uma atitude ética?

A investigação com embriões humanos é contrária à ética porque destrói seres humanos. É tanto mais criticável quanto existem meios alternativos, como a investigação em animais e em células IPS. Além disso, está a financiar-se uma pesquisa não terapêutica em detrimento de uma outra potencialmente terapêutica. A investigação em embriões humanos baseia-se no princípio de que um ser humano pode ser destruído para servir de matéria-prima a um outro ser humano ou até mesmo apenas para praticar investigação.

Podemos tratar-nos a qualquer preço, “ao preço de um ser humano”, mesmo que este seja muito jovem? Se respondermos afirmativamente, será moralmente tão grave como aceitar utilizar crianças das favelas para lhes extrair órgãos à peça (rins, olhos, etc).

Objecção de consciência

Devido aos atentados à vida humana provocados pela investigação com embriões humanos, “nenhum investigador, nenhum engenheiro, técnico ou auxiliar de investigação, nenhum médico ou auxiliar médico é obrigado a participar, a qualquer título, nas investigações com embriões humanos ou células embrionárias”. Conselho da Europa, Resolução 1763 (2010) – *O direito à objecção de consciência no quadro dos cuidados médicos garantidos por lei.*

Em Portugal, o direito à objecção de consciência está previsto no art. 41.º/6 da Constituição da República Portuguesa, conhecendo diferentes concretizações, nomeadamente na Lei da Procriação Medicamente Assistida.



Qualquer que seja o modo de concepção, por fecundação ou por clonagem, o embrião em desenvolvimento é um ser vivo. Se é um embrião humano, é um ser humano.

Militantes da Greenpeace manifestam-se diante do parlamento alemão contra a patenteabilidade da vida humana.

Novos escravos?

Com a utilização de embriões humanos para a pesquisa está a usar-se uma classe de humanos para satisfazer as necessidades de outros humanos.



Reflexões éticas

Células adultas ou células embrionárias?

Porquê esta obstinação na investigação com embriões, procedimento que ainda não provou a sua eficácia e que não é ético, visto destruir um embrião humano, se as células estaminais adultas são promissoras e não apresentam nenhum problema ético?

Teremos o direito de retardar a descoberta de tratamentos, estando a financiar uma investigação menos promissora?

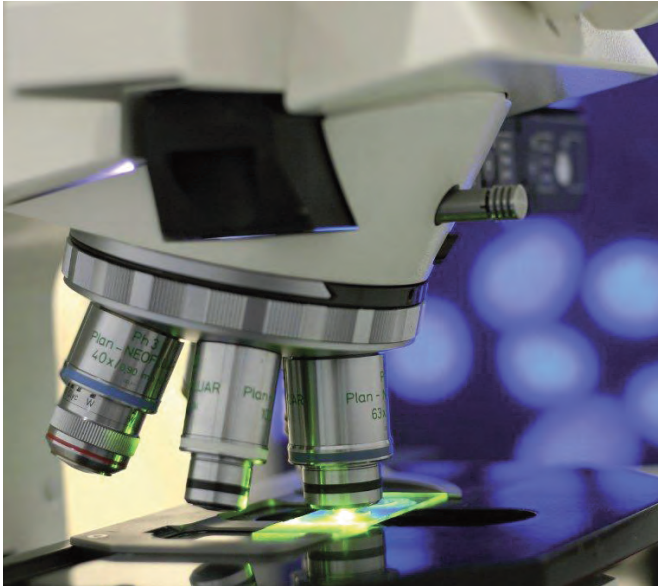
Qual é o problema ético que a clonagem humana apresenta?

Todos os países estão de acordo em considerar a clonagem reprodutiva como um crime. Porém, certos países aceitam a clonagem para efeitos de pesquisa. No entanto, neste caso, cria-se um embrião por clonagem para, em seguida, o destruir e o utilizar como material de investigação.

Assim, no plano ético, a clonagem reprodutiva que, apesar de tudo, tem como objectivo dar a vida, é menos grave do que a clonagem terapêutica cujo objectivo é criar um novo ser humano para dele se servir na investigação como armazém de peças avulsas.

O embrião não pode ser patenteado

A 18 de Outubro de 2011, o Tribunal Europeu de Justiça proibiu a certificação de um processo que utiliza embriões humanos e os conduz à destruição. Os juízes europeus rejeitaram toda a possibilidade de patenteabilidade desde que “o respeito devido à dignidade do ser humano possa ser afectado”: deste modo, “deve ser excluído da patenteabilidade um processo que, utilizando a extracção de células estaminais obtidas a partir de um embrião humano no estado de blastocisto, conduza à destruição do embrião”. No que respeita à noção de embrião humano, o Tribunal Europeu de Justiça insiste em que esta seja entendida num sentido lato: “todo o óvulo humano, a partir da fecundação, deve ser considerado como um embrião humano”, assim como “o óvulo humano não fecundado, no qual foi implantado o núcleo de uma célula humana amadurecida, e o óvulo não fecundado que foi estimulado para efeitos de divisão e desenvolvimento por via de partenogénese. Ainda que estes organismos não tenham propriamente sido objecto de uma fecundação, são, como decorre das observações escritas apresentadas no Tribunal de Justiça, por força da técnica utilizada para os obter, susceptíveis de desencadear o processo de desenvolvimento de um ser humano como o embrião criado pela fecundação de um óvulo”.



Testemunho

Ian Wilmut foi o primeiro investigador do mundo a conseguir clonar um mamífero, a ovelha Dolly.

Depois da descoberta das células IPS, em 2006, declarou que ia abandonar a clonagem. «Antes da descoberta das células IPS, tentávamos fazer derivar células estaminais de embriões produzidos por clonagem. Nesta fase, ninguém o conseguiu. Mas agora, a desdiferenciação de células somáticas (células IPS) demonstrou que o mesmo objectivo podia ser alcançado utilizando directamente as células somáticas dos doentes. Com as células IPS a vantagem terapêutica é maior: são geneticamente idênticas ao paciente, permitem modelizar patologias e investigar rapidamente medicamentos para tratar a montante os sintomas da doença. A técnica da clonagem já não é uma técnica de actualidade. Se a ciência oferece pistas mais rápidas, interessantes e eficazes, a minha opinião é que sejam seguidas.»

Genethique.org, Maio de 2009

Eutanásia: que implicações?

Cada fase da nossa vida tem um valor insubstituível. O final da vida é talvez a fase mais importante.

Este capítulo diz respeito ao final da vida e à questão da eutanásia. Apoiar uma pessoa no final de vida é ocasião de lhe mostrar que ela tem valor aos nossos olhos, que ela é digna de estima e atenção. É também aliviar a sua dor e o seu desânimo, com cuidados paliativos, se disso tiver necessidade.

➤ Este capítulo aborda igualmente a dádiva de órgãos recolhidos de um dador morto ou vivo.

Cuidados Paliativos/Eutanásia

Os cuidados paliativos

Um doente deve sempre ser cuidado. Os cuidados paliativos não têm como finalidade curar, mas **prestar assistência ao doente** em final de vida. Para além dos cuidados elementares, incluem ainda os tratamentos necessários para aliviar o sofrimento e reduzir a angústia.

A equipa faz todos os possíveis para ajudar a pessoa doente a manter a sua capacidade de comunicar e a sua autonomia. Assegura acompanhamento psicológico e oferece presença e escuta para ir ao encontro das expectativas do doente e da família.

Os cuidados

A luta contra todo o tipo de sofrimento é essencial, devendo dar-se sempre um lugar privilegiado à envolvimento afectiva do doente. Os cuidados a ter em casa ou no hospital são:

- cuidados médicos: a luta contra a dor é uma prioridade e nela se aplicam todos os meios conhecidos;
- cuidados psicológicos: atenção e presença delicada, musicoterapia, acompanhamento espiritual...;
- cuidados corporais: massagens...;
- cuidados que dão um lugar privilegiado ao conjunto das pessoas que rodeiam o doente.

Alívio da dor

O alívio da dor pode necessitar de analgésicos muito fortes como a morfina e os neurolépticos, que por vezes têm como efeito secundário levar involuntariamente à morte do paciente. Neste caso, o objectivo não é provocar a morte, mas aliviar a dor (contrariamente à eutanásia, que suprime o paciente em vez de suprimir a dor).

A eutanásia

A eutanásia é sempre uma acção ou uma omissão deliberada cuja intenção é dar a morte ao paciente: injectar um produto letal ou parar os cuidados elementares (alimentação, hidratação...).

Em vez de provocar a morte com o pretexto de abreviar o sofrimento, como reclamam os defensores da eutanásia, é preciso aliviar a dor até à morte natural.

Morrer é um verbo que faz medo, mas, e se for o derradeiro momento da nossa vida para amar?



Legislação

Legislação em vigor

● Código Penal

Em Portugal, não há normas criminais específicas sobre a eutanásia. No entanto, o artigo 134.º (Homicídio a pedido da vítima) pune a eutanásia a pedido (eutanásia voluntária):

“1. Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos.

2. A tentativa é punível”.

Já o artigo 133.º do Código Penal criminaliza a eutanásia involuntária: “Quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, que diminuam sensivelmente a sua culpa, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos”.

● Deontologia médica | Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Artigo 57.º (Princípio geral)

“1 - O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida.

2 - Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia [encarniçamento terapêutico]”.

Artigo 58.º (Cuidados paliativos)

“1. Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve passar a

dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem por si próprios induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício.

2. Os cuidados paliativos, com o objectivo de minimizar o sofrimento e melhorar tanto quanto possível a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nestas situações e a forma mais condizente com a dignidade do ser humano”.

Artigo 59.º (Morte)

“1 - O uso de meios de suporte artificial de funções vitais deve ser interrompido após o diagnóstico de morte do tronco cerebral, com excepção das situações em que se proceda à recolha de órgãos para transplante.

2 - Este diagnóstico e correspondente declaração devem ser verificados, processados e assumidos de acordo com os critérios definidos pela Ordem.

3 - O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente.

4 - O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente.

5 - Não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação; nem a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar”.

A eutanásia em perguntas

“Eutanásia/encarniçamento terapêutico”

É essencial fazer a distinção entre a eutanásia e a interrupção de tratamentos desproporcionados (encarniçamento terapêutico).

O encarniçamento terapêutico consiste em prosseguir um tratamento que se tornou inútil, dado o estado do paciente. No entanto, é sempre indispensável prosseguir com os cuidados necessários.

O médico deve evitar toda a obstinação insensata, por exemplo, um tratamento que mostrou a sua ineficácia ou que tem por única intenção prolongar artificialmente a vida do paciente. Pelo contrário, o médico não deve abandonar os cuidados que asseguram ao doente a manutenção das suas necessidades básicas: higiene, alimentação, hidratação, conforto geral e comunicação, etc...

“A lei Léonetti evita a eutanásia?”

Em França, a lei Léonetti mantém a interdição da eutanásia. No entanto, é necessário precisar que não considera a alimentação e a hidratação como cuidados naturais devidos aos pacientes, mas sim como tratamentos que podem ser interrompidos a pedido do paciente. Ora, a sua supressão condena o doente a morrer de fome e sede.

Em Portugal, para além da proibição da eutanásia, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos dispõe que “não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação” (vide legislação, pág. 56).

“Pode falar-se de eutanásia activa e de eutanásia passiva?”

A distinção entre eutanásia activa e eutanásia passiva não tem razão de ser e falseia o debate.

É sempre eutanásia, por acção ou omissão, se há intenção de pôr fim à vida do paciente (quer injectando um produto letal, quer abstendo-se de administrar um tratamento necessário).

“Vive mal quem não sabe morrer”

Sêneca

Testemunhos

Quanto aos pedidos claros de eutanásia activa, o pessoal médico afirma quase nunca ter sido confrontado com essa questão. É mais frequente haver pacientes que dizem: “Estou farto, queria que isto acabasse, Doutor”. Mas, atenção, o Dr. Christophe Tournigand (especialista de oncologia médica no Hospital de Saint-Antoine em Paris) afirma que esta frase não significa forçosamente que eles queiram morrer. Também no Instituto de Cancerologia Gustave – Roussy, em Villejuif (Val-de-Marne), uma equipa de psico-oncólogos prepara enfermeiros e médicos para interpretar estes pedidos, que «raramente são pedidos de eutanásia», assegura a psico-oncóloga Sarah Dauchy. «É preciso procurar saber se este pedido vem do paciente e não da família ou dos cuidadores que atingiram os limites», acrescenta ela. «É também necessário interrogarmo-nos se o paciente não estará confuso, como frequentemente acontece no final da vida, ou se o seu pedido não estará ligado a um sofrimento físico ou a uma angústia que poderemos aliviar».

Le Monde, *Enquête sur les pratiques des médecins face à la fin de vie*, Emeline Cazi, 7 septembre 2011.

«O final de vida é muitas vezes um tempo forte da vida: não roubemos estes momentos íntimos, não nos apropriemos nós deles».

Marie de Hennezel, *psicóloga clínica, especialista em questões ligadas ao fim de vida e autora de numerosos livros sobre este assunto. Valeurs actuelles*, 1^{er}-7 septembre 2011.

Reflexões éticas

Para que serve viver ligado a uma máquina?

- 1 - Serve para ultrapassar um obstáculo que permita ao doente sobreviver a um acidente.
- 2 - Salva a vida do paciente ao substituir uma das suas funções vitais.
- 3 - Quando a necessidade da manutenção artificial da vida seja discutível ou não tenha senão como finalidade prolongar a vida de uma pessoa em fase terminal, podemos-nos interrogar sobre o carácter proporcionado deste recurso.

Para que serve viver inconsciente?

O que se sabe sobre o estado de inconsciência? Acontece por vezes que pessoas que recuperam de um coma contam que ouviam e compreendiam o que era dito à sua volta, mas que não podiam comunicar com o exterior...

Que sabemos sobre a vida interior de uma pessoa, aparentemente inconsciente, mas cujas funções vitais se mantêm?

Que sabemos sobre os últimos momentos da vida? Quem somos nós para julgar que eles são inúteis? Temos o direito de os roubar ao paciente? E se fossem os momentos mais importantes de toda uma vida?

E se os sofrimentos são insuportáveis?

Os cuidados paliativos bem conduzidos aliviam a dor e o sofrimento que podem acompanhar o fim de vida. Para isso é preciso uma formação específica.

Não é pois a eutanásia que é preciso favorecer, mas a formação de médicos, de modo a estarem preparados para aliviar o sofrimento e para acompanhar os moribundos .

Reflexões éticas

E o sofrimento moral?

O sofrimento moral acompanha frequentemente a dor física e pode levar o doente a pedir a eutanásia ou a pensar no suicídio.

Este sofrimento pode ser atenuado com acompanhamento e tratamento médico apropriado.

«É, de facto, muito raro que os doentes que recebem cuidados e afecto peçam a morte.»
(Lucien Israel, Professor de Oncologia, membro do Instituto).

Morrer com dignidade

É em nome da noção essencial de «dignidade» que alguns defendem os cuidados paliativos e outros a eutanásia.

A dignidade é o estatuto incondicional do ser humano: cada um tem dignidade, porque é único e não pode ser substituído por nada nem por ninguém. Todo o ser humano é digno qualquer que seja o seu estado: jovem ou velho, doente ou saudável, deficiente ou não, consciente ou inconsciente... A dignidade não pode ser posta em causa, porque é a própria essência do humano. Morrer com dignidade implica, pois, ser respeitado e não ser vítima da eutanásia.

O impacto da negação da morte pela sociedade

Segundo uma sondagem *BVA/Psychologie magazine*, 82% das pessoas interrogadas preferia morrer sem de tal se dar conta. Deixar de «viver» a sua morte, não a olhar de frente e, quase de improviso, deixar-se surpreender por ela, resume uma opinião generalizada.

Hoje não se quer pensar na morte, pois é considerada como um fracasso. Contudo, é libertador e apaziguante olhar a morte de frente e preparar-se para ela.

A aceitação da morte pela sociedade permitiria mais vezes ao doente morrer em sua casa, rodeado da afeição e do amor da sua família.

Testemunho

Testemunho de um homem cuja mulher morreu de cancro, beneficiando do apoio dos cuidados paliativos:

«A minha voz embarga-se de emoção quando evoco a humanidade dos médicos, enfermeiros e enfermeiras, que a acompanharam até ao fim, lhe aliviaram eficazmente as dores com a ajuda de morfina, deixando a natureza seguir o seu curso sem qualquer encarniçamento terapêutico (...).

Sim, ela morreu com dignidade, ajudada por pessoas extraordinárias».

Vincent Chabaud, La Croix, courrier des lecteurs, avril 2003.



Dádiva de órgãos

Quando morre alguém que, em vida, não se opôs à dádiva, a equipa médica pode proceder à colheita de órgãos para transplante. Estes transplantes têm vindo a aumentar, embora coloquem algumas questões éticas.

Existem também colheitas de órgãos em dadores vivos, o que nos traz outras dificuldades éticas.

Porquê transplante de órgãos?

Os transplantes de órgãos permitem progressos médicos importantes. Estamos a falar de órgãos “sólidos” – o rim, o coração, os pulmões e fígado – , e não do transplante de tecidos ou células. Trata-se de substituir um órgão degradado por um outro são. A finalidade é melhorar as condições de vida do paciente e, muitas vezes, salvá-lo da morte. Assim, os frequentes transplantes do rim permitem, aos doentes com insuficiência renal grave, viver muitos mais anos.

0 método

A colheita de órgãos

As colheitas de rim e de pele são as mais frequentes, as de coração e de fígado são raras. Fazem-se igualmente transplantantes de pulmão, de pâncreas, de córnea e, excepcionalmente, de intestino.

Colheita em dador morto

Colhem-se órgãos de um cadáver depois da certificação da morte cerebral do dador e antes da morte biológica dos órgãos. É durante este período, entre a morte do organismo e a necrose dos órgãos, que se dá a intervenção da equipa de transplantação. Os órgãos podem ser preservados da degradação pela manutenção artificial da ventilação e da circulação sanguínea durante alguns dias.

Crítérios de morte

Desde 1968 (Relatório de Harvard) a certificação da morte baseia-se não só na perda definitiva da actividade espontânea do sistema cardiorrespiratório, mas também na paragem das funções encefálicas. Apenas a destruição total e irreversível do encéfalo (e não só do córtex) autoriza a certificar que a pessoa está de facto morta.

Colheita em dador vivo

A dádiva de órgãos por pessoas vivas diz mais respeito ao rim e ao fígado, e mais raramente a um lóbulo pulmonar. Estas colheitas em pessoa viva fazem-se, por mútuo consentimento, no quadro de doações dirigidas, entre um dador e um receptor compatíveis. A colheita faz-se apenas se não põe em risco a vida do dador.

A dádiva de órgãos em perguntas...

“São semelhantes o estado vegetativo persistente e a morte?”

As pessoas em estado vegetativo persistente não são pessoas mortas, pois mantêm actividade do tronco cerebral e de outras áreas encefálicas.

Em algumas delas, o sistema respiratório pode estar naturalmente activo, bem como a deglutição. Portanto, é necessário não confundir morte com estado vegetativo persistente.

“Os critérios de morte são válidos?”

Ainda que exista um largo consenso internacional sobre os critérios de morte, alguns cientistas interrogam-se hoje sobre a validade dos critérios definidos em 1968. No fundo, colocam a questão de saber se o “dador de órgãos” está efectivamente morto quando se lhe retiram os órgãos. Levantam dúvidas sobre a validade dos referidos critérios e pedem que o debate seja reaberto.

“Paragem cardíaca: um critério de morte?”

O critério de morte cerebral é usado geralmente para constatar a morte e permitir a colheita de órgãos. No entanto, perante o crescente pedido de órgãos, alguns propõem que se usem apenas critérios baseados no trabalho de reanimação: em caso de paragem cardiorrespiratória, se não há retoma da actividade cardíaca depois de 30 minutos de reanimação bem conduzida, a pessoa é considerada morta. Para-se a reanimação durante 5 minutos, o que torna inelutável a morte cerebral; depois retoma-se a reanimação para oxigenar os órgãos até à sua colheita. Esta iniciativa é pertinente? Há médicos que denunciam a precipitação que envolve então a morte do paciente: obrigação de fazer esta colheita nos 120 minutos seguintes à paragem do coração e mudança rápida de atitudes do pessoal médico que, em poucos instantes, passa da reanimação à preparação da colheita.

Reflexões éticas

Transplante e ética

Por um lado, para que a colheita obedeça a princípios éticos é absolutamente necessário haver consentimento informado e livre da parte do dador. Por outro lado, para que se faça a colheita num cadáver é preciso ter a certeza do óbito; no caso de colheita em pessoa viva, é preciso que primeiramente sejam avaliados os riscos em que incorre esse dador.

Respeito pelo cadáver

A colheita de um órgão atinge a integridade do corpo humano. Ora, o respeito devido a cada pessoa impõe-se igualmente perante o seu cadáver (o Código Penal, quer o francês, quer o português, pune todo o atentado contra a integridade dum cadáver). Então, como conciliar esse imperativo com as necessidades dos doentes que esperam por órgãos para transplante? Para que a colheita obedeça a princípios éticos, é preciso que o dador ofereça em vida o seu corpo, de modo absolutamente gratuito, para salvar generosamente outra vida humana. Só uma tal dádiva pode legitimar a colheita.

Consentimento

Para que a colheita não se reduza a uma apropriação do cadáver pela sociedade, é fundamental que ela decorra de uma dádiva verdadeiramente voluntária. Ora, a lei francesa (lei Caillaudet, de 22 de Dezembro de 1976), ao instaurar o consentimento presumido, considera que toda a pessoa que não tenha oficialmente recusado a colheita de órgãos seus, aceitou essa hipótese, que, por conseguinte, pode ser concretizada após a sua morte. Felizmente, na prática as equipas médicas pedem a opinião da família e não contrariam a sua eventual recusa. Pode, pois, dizer-se que é respeitada a vontade do defunto e da família.

Em Portugal, a Lei n.º 12/1993, de 22 de Abril, criou o RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores), ou seja, quem não quiser que os seus órgãos ou tecidos sejam objecto de colheita depois da morte deve manifestar essa vontade.

Respeito pelo dador vivo

Nos casos de dádiva de órgão(s) por parte de pessoa viva, apesar da generosidade do gesto, subsistem certas dificuldades éticas. A colheita de órgão(s) é uma ablação voluntária, que não se realiza para o bem próprio do dador, o que se afigura contrário quer ao respeito devido ao seu corpo, quer à obrigação do médico de actuar sempre em razão do bem do paciente. No entanto, estas regras podem esbater-se perante um bem superior (salvar a vida de outra pessoa), desde que se trate de acto voluntário e se verifique a proporcionalidade entre a vantagem obtida pelo doente receptor e os riscos corridos pelo dador. Posto isto, tem de ficar assegurado o livre e esclarecido consentimento do dador.

Índice

A

Amniocentese : **22**
Aborto: **cap. 2, cap. 3, cap. 5**

B

“Bebé-medicamento”: **39, 40, 42**
Biópsia do trofoblasto: **22**
Blastocisto: **5**

C

Células estaminais (adultas, umbilicais, embrionárias, IPS): **cap. 6**
Colheita de órgãos: ver Dádiva de órgãos
Coriocentese: **22**
Clonagem: **50, 51, 52**
Concepção: **51**
Contracepção: **11, 18**
Critérios de morte: **63, 64**
Cuidados paliativos: **54, 55, 61**

D

Dádiva de órgãos: **62, 63, 64, 65**
Deteção pré-natal: **cap.3**
Diagnóstico pré-implantação: **cap.5**
Diagnóstico pré-natal: **cap. 3**
DPN: ver diagnóstico pré-natal
DPI: ver diagnóstico pré-implantação
Dispositivo intra-uterino: **11**

E

Ecografia: **6, 22**
Embrião: **cap. 1, cap. 2 a 6**
Encarniçamento terapêutico: **57**
Espinha bífida: **20**
Eugenismo: **23, 24, 42**
Eutanásia: **54 a 61**

F

Fecundação: **4, 6, 8**
Fecundação *in vitro*: **cap.4,39**
Fim de vida: **54 a 59**
FIV: ver Fecundação *in vitro*
Feto: **5, 6, 45**

G

Gâmetas: **30, 31, 32, 34**
Gravidez: **6, 9, 14, 29**

I

Injecção Intracitoplasmática de Espermatozóides: **30**
Inseminação artificial: **cap. 4**
Interrupção voluntária da gravidez: **cap. 2**
IPS: ver células
IVG: ver interrupção voluntária da gravidez

M

Marcadores séricos: **22**
Mãe de substituição: **30**
Mórula: **5**
Multipotente: **46**

N

Naprotecnologia: **33**
Nidação: **5, 9, 11**

O

Objecção de consciência: **13, 51**

P

Patenteabilidade: **52**
Pílula: ver contracepção
Pluripotente: **46**
PMA: ver Procriação Medicamente Assistida
Pós-humanismo: **42**
Procriação Medicamente Assistida: **cap. 4**
Projecto parental: **35**

R

Redução embrionária: **35**

S

Síndrome pós-aborto: **14**

T

Totipotente: **46**
Transumanismo: **42**
Transplante de órgãos: ver Dádiva de órgãos
Trissomia 21: **22 a 27**

Z

Zigoto: **4, 6**

Bibliografia

Au fait, qui suis-je? Les embryons humains prennent la parole, Philippe Anthonioz, Ed. Téqui, 2004

La bioéthique, Henri Lafont, Ed. La Nef, 2001

Carta dos Profissionais de Saúde, Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde, Ed. Paulinas, 1995

Embryon mon amour, Céline Siorac, Ed. E/dite, 2004

Evangelho da Vida, João Paulo II, 1995

La trisomie 21 est une tragédie grecque, Jean-Marie Le Méné, Ed. Salvator, 2009

Léxico da Família: termos ambíguos e controversos sobre família, vida e aspectos éticos, Conselho Pontifício para a Família, Principia, 2010

Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica, Elio Sgreccia, Principia, 2009

Nascituri te salutant: la crise de la conscience bioéthique, Jean-Marie Le Méné, Ed. Salvator, 2009



**ASSOCIAÇÃO
FAMÍLIAS**

Tr. José Gabriel Bacelar, n.º 9
Areal de Cima S. Vítor
4710 – 400 Braga
Tel. / Fax: 253611609
E-mail: cafap.afamilias@gmail.com
www.a-familias.org

IPSS vocacionada para a protecção da vida humana, da concepção à morte natural,
e para a promoção da defesa e apoio às famílias.



Associação de Defesa e Apoio da Vida

Rua Lourenço Almeida Azevedo n.º 27 – r/c
3000 – 250 Coimbra
Tel.: 239 820 000/ 913 109 066
E-mail: adavcoimbra@gmail.com
www.adav.coimbradigital.net

IPSS cujo objectivo é ajudar mulheres grávidas e puérperas a superarem
qualquer obstáculo que comprometa o seu legítimo direito a uma maternidade
saudável, feliz e responsável.

A Associação Famílias e a ADAV-Coimbra agradecem à Fondation Jérôme Lejeune a autorização para a edição portuguesa.

Publicado, em França, pela Fondation Jérôme Lejeune.

Publicado, em Portugal, pela Associação Famílias e pela ADAV - Coimbra.

Tradução: Alda Maria Dias, Carlos Aguiar Gomes, Maria Leonor Cabral Antunes

Direito português: Cristina Líbano Monteiro e João Carlos Loureiro (Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra)

Revisão científica: Henrique Vilaça Ramos (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra) e Luís Marques (CHUC)

Concepção gráfica: SevenDesign / Lyon • Paginação versão portuguesa: Design-a-Dois / Coimbra • Ilustrações: Copyright Brunor

Créditos das fotografias: Fondation Jérôme Lejeune, Priests for life; Lennart Nilsson, Esprit-photo.com, Michael Clancy, Getty images, Fotolia, E. Laloux, Jeanne Brost

Acabou de se imprimir em Julho de 2012, na Empresa Diário do Minho, Braga

Todos os direitos reservados • Depósito Legal n.º

• ISBN:



**ASSOCIAÇÃO
FAMILIAS**

Tr. José Gabriel Bacelar, nº 9
Areal de Cima - S. Vítor
4710 - 400 Braga
Tel. / Fax: 253611609
E-mail: cafap.afamilias@gmail.com
www.a-familias.org



Associação de Defesa e Apoio da Vida

R. Lourenço Almeida Azevedo, nº 27, r./ch.
3000-250 Coimbra
Tel.: 239 820 000 | 913 109 066
E-mail: adavcoimbra@gmail.com
www.adav.coimbradigital.net