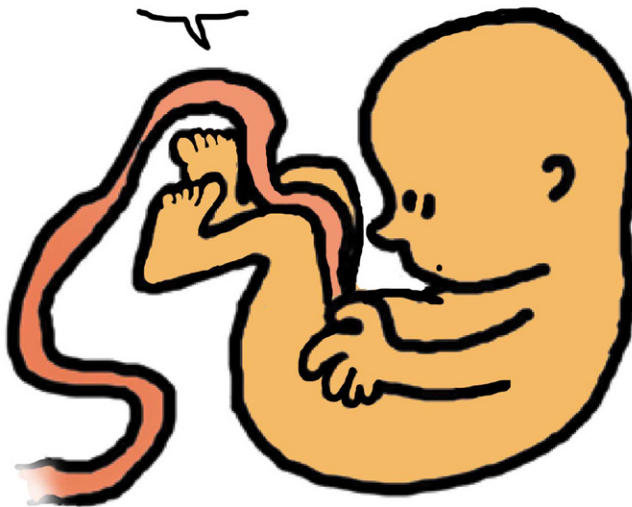


Manual de Bioética

para jovens

Aviso-vos
de que daqui
ouço tudo.



Portanto,
parem de
dizer que
não sou um
ser vivo!

EDIÇÃO
ACTUALIZADA
E AUMENTADA

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 um assombro nos invade, ao contemplarmos a maravilha que somos. Esta vida, que recebemos, podemos transmiti-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.**

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* 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 encontrámos dois erros importantes. O primeiro é um erro de perspectiva: a procriação é ensinada quase exclusivamente através do prisma redutor 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.

Introdução

Estas páginas convidam, portanto, a ter uma atitude de prudência e firmeza, mantendo o rumo e segurando 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?

Índice

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 contribuirão 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 uma vírgula sequer 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!

Motivação ainda maior para melhorar e actualizar este *Manual*, ao qual desejo que venha a conhecer o sucesso das edições precedentes, quer na língua francesa quer nas diversas traduções para outras línguas.

Boa leitura!

JEAN-MARIE LE MÉNÉ

PRESIDENTE DA FONDATION JÉRÔME LEJEUNE

* Breves notas à edição portuguesa:

1 - 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.

2 - A grafia adoptada não segue o acordo ortográfico.

1/	História do pequeno ser humano	❖❖❖	pág. 4-9
2/	O abortamento	❖❖❖	pág. 10-19
3/	O diagnóstico pré-natal	❖❖❖	pág. 20-27
4/	A procriação medicamente assistida (PMA)	❖❖❖	pág. 28-37
5/	O diagnóstico pré-implantação (DPI)	❖❖❖	pág. 38-43
6/	Investigação com embriões	❖❖❖	pág. 44-53
7/	Eutanásia	❖❖❖	pág. 54-61
8/	Dádiva de órgãos	❖❖❖	pág. 62-67
	Ideologia de Género	❖❖❖	pág. 68-73
	Índice Temático; Bibliografia	❖❖❖	pág. 74-75



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. Desde a fecundação, estamos perante uma nova realidade: um novo ser que começa a sua existência.

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.



Zigoto
1º estágio de desenvolvimento

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



2 células
1 dia

1 / História do pequeno ser humano



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 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 ordenado. O processo é contínuo.



4 células

2 dias



8 células

3 dias



10 a 30 células

Mórula
4 dias



Nidação
no útero materno

Blastocisto
5 a 7 dias

A gravidez é o “estado da mulher gestante, da fecundação ao parto”. (Definição do dicionário Larousse)

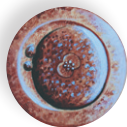
O termo de uma gravidez calcula-se de duas maneiras:

- 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, devido ao atraso da sua menstruação, uma mulher deduz que está grávida, o bebê já tem pelo menos 14 dias.

Cerca dos 21 dias o coração começa a formar-se.



Zigoto

1º dia

O embrião no primeiro estágio de desenvolvimento.



O embrião aos 35 dias

(3-5 mm)

1º mês

Contracções cardíacas visíveis na ecografia.



Aos 50 dias

(17-22mm)

2º mês

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



O feto aos 60 dias

(3cm - 11gr)

3º mês

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



Aos 75 dias

(10cm - 45gr)

3º mês

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



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

JÉRÔME LEJEUNE



Aos 105 dias
(15cm - 200gr)

4º mês

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



Aos 135 dias
(25cm - 500gr)

5º mês

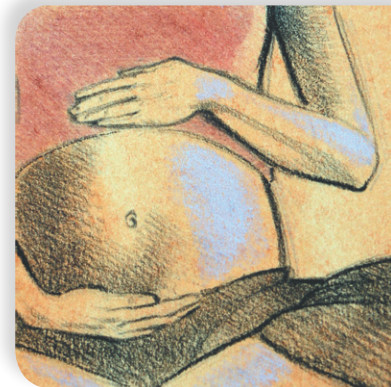
A mãe apercebe-se dos movimentos do bebé.



Aos 165 dias
(31cm - 1 100gr)

6º mês

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



8º mês

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



O embrião em perguntas

O embrião não é um mero 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, a posição futura do embrião no ovo (cabeça, pés...). Após a fecundação, o embrião desencadeia uma série de actividades (expressão do seu código genético, síntese de proteínas) com vista ao seu desenvolvimento. Produz hormonas que interrompem o ciclo menstrual da mãe, começa a modificar os seios da mãe 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 da pessoa fica definido nesse preciso momento. Este património genético é humano e único. Se este ser não fosse humano desde a fecundação, então nunca o viria a ser: de onde lhe viria uma nova informação? A expressão “bebé-proveta”, que se refere a um embrião de três dias, 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.

ATENÇÃO:

Contrariamente ao que se pode ler em certos manuais escolares, a gravidez não começa quando o embrião se aninha 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 com a fecundação.

O embrião ou o feto sentem dor?

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

Considerando que 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 Antártico?**

Mas não é por isso que somos mais ou menos humanos. A dependência, por mais profunda que seja, em nada altera a nossa natureza. O facto de o bebé se abrigar *in utero* e se alimentar da mãe não o transforma numa parte do corpo materno.

Todas as suas células são distintas das da mãe: ele tem a sua própria identidade biológica.

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!

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 Direção-Geral de Saúde, no quadro da Lei 16/2007, realizaram-se mais de 140 000 abortos. Mais 140.000 crianças únicas e insubstituíveis deixaram de nascer.

2/0 abortamento

Atenção!

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 extração dos seus fragmentos e da placenta que ficam no útero

Aborto por Mifepristona

A toma da Mifepristona (RU 486) associada à prostaglandinas torna a mucosa uterina imprópria para a sobrevivência do embrião já implantado. Provoca um aborto.

Aborto por injeção

- Injeção de cloreto de potássio no coração do feto. Este método causa a morte do feto e provoca um parto prematuro da criança morta.
- Injeção 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

Se o produto é absorvido antes da ovulação tem um efeito contraceptivo. Se é absorvido depois da ovulação age impedindo a nidação do embrião, tendo então um efeito abortivo. Seja qual for o caso, a intenção é interromper a gravidez.

Dispositivo Intra-uterino (DIU)

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

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



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”.

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, exceptuando-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.”



Prazos para o abortamento em Portugal



0,15 mm

ZIGOTO



3-5 mm

1º mês



20 mm

2º mês

10 semanas
**Interrupção por
opção da mulher**



10 cm - 45 gr

3º mês

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



15 cm - 200 gr

4º mês

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



25 cm - 500 gr

5º mês

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



50 cm - 3,2 kg

9º mês

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



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, apoiada moralmente e psicologicamente e, por vezes, ajudada a nível material. 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.

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
- www.ivg-romprelesilence.fr

A TER EM CONTA: as mulheres em dificuldades podem encontrar ajuda junto de psicólogos ou de associações especializadas no acolhimento e na escuta.

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 • vinhaderaqueil@mail.com

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

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



Será que existe direito ao aborto?

Em França, em 1975, o legislador fez 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 exceções ao referido princípio. Apesar da sua banalização e de existir uma prática de «conveniência», a IVG era derrogação enquadrada e não um direito. Com a lei *Égalité femmes-hommes* de 4 de Agosto de 2014, que deixou de exigir um motivo para abortar, a IVG passou a ser considerada como se fosse um direito. 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. Desde 1975 foram provocados cerca de 9 milhões de abortos. São 9 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;
- metade das IVGs são provocadas 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/CRANÇA: 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.

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. 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.

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

JÉRÔME LEJEUNE



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 levá-la a eliminar uma vida, mas ajudá-la a resolver as suas dificuldades recorrendo, se necessário, à solidariedade da sociedade. 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.

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:

- 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 gravidez não assumidas.
- Além disso, certas pílulas contraceptivas podem produzir uma percentagem de abortamentos precoces de que a mulher nem sequer tem consciência. 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

As pílulas contraceptivas podem provocar abortos precoces. Com efeito, as pílulas clássicas (combinadas ou estroprogestativas) agem como contraceptivos quando conseguem bloquear a ovulação e modificar o muco cervical para o tornar hostil à penetração dos espermatozoides.

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 impede a nidação do embrião. Existe então um efeito abortivo, visto que o embrião não pode implantar-se e é expulso, morre. Obtém-se o mesmo efeito com as pílulas microdoseadas e com os contraceptivos progestativos (“mini-pílula”, injeções contraceptivas e implantes subcutâneos de contraceptivos), neste caso, produz-se o abortamento sem que a mulher tenha consciência disso.

Tudo seria
bem mais simples,

se os embriões
não passassem de
amálgamas de células...



BRUNO R

Testemunho


“Hoje tenho 23 anos. Abortei há 5 anos, tinha então 18. Apesar de ter atingido a maioridade, ninguém me permitiu escolher. Nessa altura, vivia com o meu namorado havia apenas 6 meses. Hoje, desde há 6 anos, continuamos juntos, mas aquele “acontecimento” tortura-me, destrói o meu interior há anos. Engravidei e abortei justamente antes dos exames de fim dos estudos secundários e reprovei. Não era mais do que a sombra de mim mesma. Não chegava a perceber o que me estava a contecer. (...)”

Tenho a impressão de estar vazia, oca, inútil. Nunca disse a ninguém. Não posso! (...) Tenho vergonha! (...)”

Não sou capaz de pensar em ter outro filho, já que ainda não fiz o luto do primeiro.

Estou perdida, aniquilada.”

MELISSA, 23 ANOS



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. A pesquisa terapêutica das doenças é indispensável. O verdadeiro progresso consiste em diagnosticar cedo para tratar cedo.

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.

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

3/ O diagnóstico pré-natal



congénita”. Contudo, a fronteira entre uma doença grave e uma doença menos grave é difícil de estabelecer, pelo que não é fácil fornecer aos pais uma informação rigorosa.

A pressão da sociedade leva hoje os médicos a utilizar o DPN não tanto para tratar a criança, mas para se orientarem para abortamentos 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 e pelo que poderão ser perseguidos em sede de justiça. Destas circunstâncias resulta uma multiplicação dos abortos.

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



O que é o diagnóstico pré-natal?

A ecografia

É o principal exame de diagnóstico pré-natal. Permite ver o bebé através de imagens de síntese.

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 21⁽⁴⁾.

Amniocentese e coriocentese

São dois exames auxiliares que permitem estabelecer um diagnóstico. 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 acidentalmente a morte do feto em cerca de 1% dos casos. A coriocentese (ou biópsia do trofoblasto), colhendo um fragmento de placenta, permite determinar o cariótipo num momento ainda mais precoce da gravidez, no 1º trimestre. O risco de morte fetal é de 1 a 2%.

O caso particular da trissomia 21

Como calcular o risco de trissomia 21?

O rastreio de trissomia 21 é baseado 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 (rastreo combinado e precoce). Estes testes são propostos a todas as grávidas e podem ser realizados em 48h.

Rastreio/Diagnóstico: Em França a trissomia 21 é alvo de um rastreio pré-natal generalizado. «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)».

Diagnóstico pré-natal não invasivo: novos testes de rastreio pré-natal da trissomia 21 já se encontram no mercado e estão disponíveis em Portugal. Efectuam-se através de uma simples análise de sangue da mãe. Hoje são utilizados no quadro de um rastreio pré-natal. No futuro poderão ser utilizados para diagnosticar.

Com este diagnóstico simplificado vai-se banalizar cada vez mais a detecção pré-natal que conduz já hoje à erradicação dos fetos atingidos pela trissomia 21.

1/ Anomalia cromossómica devida à presença de 3 cromossomas 21 em vez de 2.



Legislação

● 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”.

● 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-implantatório”.

● 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)”.



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 medicina chega mesmo a invocar um benefício de saúde para a mãe. 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-lo, 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.



QUEM É JUÍZ 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.

1 - Les personnes handicapées face au diagnostic prénatal. Eliminer avant la naissance ou accompagner, Danièle Moysse (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.



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 cromossómica, 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 pública de investigação terapêutica. A nossa sociedade torna-se cada vez mais intolerante perante a deficiência, e “o mito da criança perfeita” avança...

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.

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 trissômica? 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

4/ Procriação medicamento assistida

O que é a PMA?

Chama-se usualmente procriação medicamente assistida (PMA) ou assistência médica à procriação (AMP) ao conjunto de técnicas que permitem ajudar a procriação fora do processo natural.

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

Há principalmente três técnicas de PMA:

1 método natural

- a assistência médica à procriação natural (método de Billings, Naprotecnologia)

2 métodos artificiais

- a inseminação artificial que utiliza os espermatozóides
- a fecundação *in vitro* com transferência embrionária (FIV) que utiliza os espermatozóides e o ovócito.



Os métodos de PMA artificiais (1/2)

Inseminação artificial

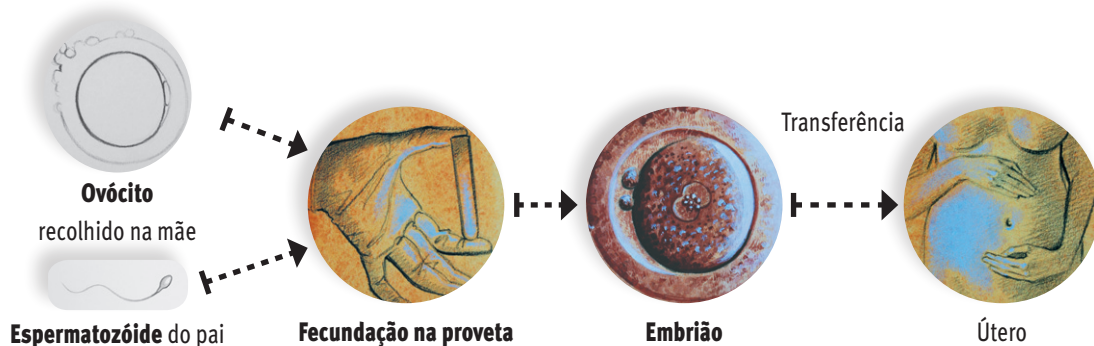
- 1 Recolha do esperma.
- 2 O esperma é introduzido directamente no colo uterino da mulher.
- 3 A fecundação tem lugar na trompa. Todo o resto da gravidez se processa naturalmente.

As etapas da Fecundação *in vitro* (FIV)

- 1 Recolha do esperma do pai e de ovócitos da mãe.
- 2 *In vitro* são postos em contacto os ovócitos 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. São frequentes as gravidezes múltiplas.

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 de três anos, prorrogável por mais três “em situações devidamente justificadas”. Fim do 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).





Os métodos de PMA artificiais (2/2)

Fecundação *in vitro* com Injecção Intracitoplasmática de Espermatozóides

Injecção Intracitoplasmática de Espermatozóides, ou microinjecção, consiste em introduzir directamente o espermatozóide seleccionado no ovócito. Esta técnica foi primeiramente utilizada para mitigar uma infertilidade do pai. No entanto, pode 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 espermatozóides ou 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 na maioria dos países. Contudo, em Portugal a Lei nº 25/2016, de 22 de Agosto, veio permitir “o acesso à gestação de substituição nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão, que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez”. No entanto, só é admitida a título gratuito.



Legislação

A Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, alterada pela Lei n.º 25/2016, de 22 de Agosto), autoriza a prática da PMA para responder ao pedido de um casal infértil e ainda também “para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosas ou outras” (art. 4.º/2). A Lei n.º 17/2016, de 20 de Junho, que também alterou a Lei da PMA, veio dispor que “as técnicas de PMA podem ainda ser utilizadas por todas as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade” (art. 4.º/3).

Dispõe o art. 2.º/1 que a lei se aplica “às seguintes técnicas de PMA: a) Inseminação artificial; b) Fertilização *in vitro*; c) Injeção intracitoplasmática de espermatozoides; d) Transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; e) Diagnóstico genético pré-implantação; f) Outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias”.

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 espermatozoides ou de embriões quando, face aos conhecimentos médico-científicos objetivamente 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”.

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 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 proíbem-na, outros, como 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).



PMA artificial 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.

Uma criança pode ter problemas físicos por ser concebida *in vitro*?

Para além do risco acrescido de nascimento prematuro, os estudos científicos revelam 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 gametas?

As crianças nascidas por FIV com dádiva de gametas 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.

EM SUMA:

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 congelamento 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 para a mulher que necessita de 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 tromboses arteriais ou venosas.

As alternativas à PMA artificial

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 podem ajudar os casais que se julgam estéreis a procriar: o método **Billings** que fornece um melhor conhecimento dos períodos férteis, a **NaProTecnologia**, mais recente, que aplica todos os conhecimentos disponíveis sobre a procriação (observação da fecundidade, tratamentos médicos, intervenções cirúrgicas). Este método apresenta taxas de sucesso superiores à PMA artificial (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 ditos “excedentários” tem permitido a certos investigadores utilizar estes embriões como sujeitos de investigação laboratorial. O grande número de embriões “armazenados” serviu mesmo de argumento nos debates de bioética (França): *«Mais do que deixar morrer ou fazer morrer “sem proveito” estes milhares de crianças, dêem-nos o direito de os utilizar para realizarmos as nossas investigações, mesmo que isso signifique destruí-los».*

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 no seu acto de amor.

O processo de FIV é muito agressivo para o casal e só numa pequena parte dos casos conduz a um nascimento; esta desilusão, tendo em conta os esforços requeridos, pode ser ainda mais angustiante que o facto de não poder conceber.

“ O projecto parental,
álibi do poder médico. ”

CATHERINE LABRUSSE RIOU,
(JURISTA)

PROTEGER DA MANIPULAÇÃO OS GÂMETAS E A PROCRIAÇÃO

Os gâmetas não são células como as outras, não têm nenhuma utilidade para a vida do 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 artificiais operaram uma revolução retirando os ovócitos do corpo da mulher. Os gâmetas são agora utilizados para a fecundação *in vitro* (inclusive 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 união dos cônjuges e transformam os gâmetas em material de laboratório.



A LIGAÇÃO ENTRE A FIV E A SELECÇÃO DE EMBRIÕES

Como se escolhem estes embriões?

- A equipa médica selecciona os que, observados ao microscópio, apresentam melhor aspecto. Os que não apresentam esta “qualidade” são destruídos. Esta é a **1ª selecção**.

- Depois, se mais de 2 embriões se desenvolvem ao longo da gravidez, propõe-se à mãe uma “redução embrionária”, isto é, o abortamento de 1 ou de 2 embriões, para evitar os riscos de uma gravidez múltipla. Esta é a **2ª selecção**.

O recurso à fecundação 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 do diagnóstico pré-implantação (cf. o capítulo DPI).

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.

EMBRIÃO “EXCEDENTÁRIO”?

Um embrião humano congelado para o qual não há um “projecto parental” passou a chamar-se e é tratado como um 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 conservá-lo no congelador;
- 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?

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

(Agência de Biomedicina 2010).



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 efecuada 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?"

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>s



O que é o diagnóstico pré-implantação?

O diagnóstico pré-implantação é uma técnica de seleção 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 bebê não portador dessa doença ou de um bebê 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.

5/ O diagnóstico pré-implantação



As etapas do DPI

1 - Fecundação *in vitro*

Obtêm-se, por fecundação *in vitro*, 5 a 10 embriões que se deixam desenvolver até alcançarem o estágio de 8 células. Recolhem-se, então, 1 ou 2 células de cada um.

2 - Análise

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

3 - Seleção

Transferem-se para o útero 1 ou 2 embriões não portadores da anomalia procurada. Se 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 respon-

da 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 Medicamente Assistida autoriza esta prática em Portugal.

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

JÉRÔME LEJEUNE

PRECISÃO:

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



Legislação

A reter

O duplo DPI ou “bebé-medicamente-assistido” é uma técnica duplamente eugénica. Existem outros meios de tratamento das patologias para as quais ele é utilizado.

● 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 leucocyte 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 “grças” ao diagnóstico pré-implantação. Muitas pessoas acreditaram que ele tinha sido curado. Será verdade? Não. O DPI não trata nem cura ninguém.

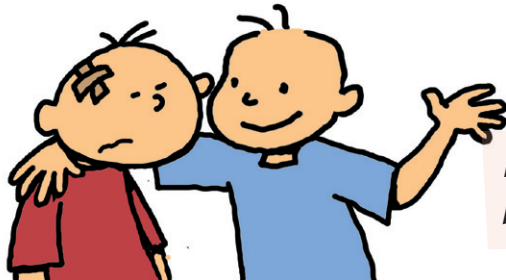
A criança concebida por DPI nasce saudável porque nunca padeceu da doença em causa. O DPI permite triar e seleccionar os embriões a fim de transferir um embrião saudável e eliminar os embriões que são doentes. Valentim pôde nascer, porque estava de boa saúde, se não teria sido suprimido como todos os 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 para o útero 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. Na realidade, o próprio DPI visa detectar embriões doentes para, de seguida, os destruir. O que, equivale, portanto, a um aborto.

Do ponto de vista ético é melhor fazer um DPI do que um aborto tardio?

Para os filhos identificados com doentes o resultado é o mesmo: qualquer que seja a data, são mortos. Não há, pois, diferença de valor ético. Para os pais ou para os irmãos, destruir um embrião *in vitro* é aparentemente menos duro do que fazê-lo mais tarde na gravidez, pois ainda não estão tão afectivamente ligados ao embrião como o virão a estar a um bebé de alguns meses. Contudo, mesmo não tendo consciência disso, o significado moral do acto é idêntico. De resto, alguns podem até vir a apresentar sintomas semelhantes ao síndrome 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 proleta para o bebé!» (N.T.: em francês, no original: “Le sexe pour le frisson; l'éprouvette pour le nourrisson!”). (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, pretendem impedir o homem de ir “mais longe”. Os que decidirem permanecer humanos e recusarem “progredir” constituirão uma sub-espécie».

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?

Testemunho

O “PAI” DO PRIMEIRO BÉBÉ PROVETA FRANCÊS AFIRMA:

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

JACQUES TESTART

Testemunho

VISÃO DO PIONEIRO AMERICANO DA PROCREAÇÃO ASSISTIDA, RESPONSÁVEL POR UM LABORATÓRIO DE PONTA EM NOVA YORK:

“Nos próximos dez a vinte anos, seremos capazes de passar pelo crivo cada embrião humano para detectar não só todas as anomalias cromossômicas 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 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 objectivo último do DPI poderia muito bem ser o de normalizar a espécie.”

JACQUES COHEN, citado em *Le Monde*, 5 de Julho 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 dois tipos de utilização: a pesquisa farmacológica (para a indústria farmacêutica) e o transplante de células (terapia celular).

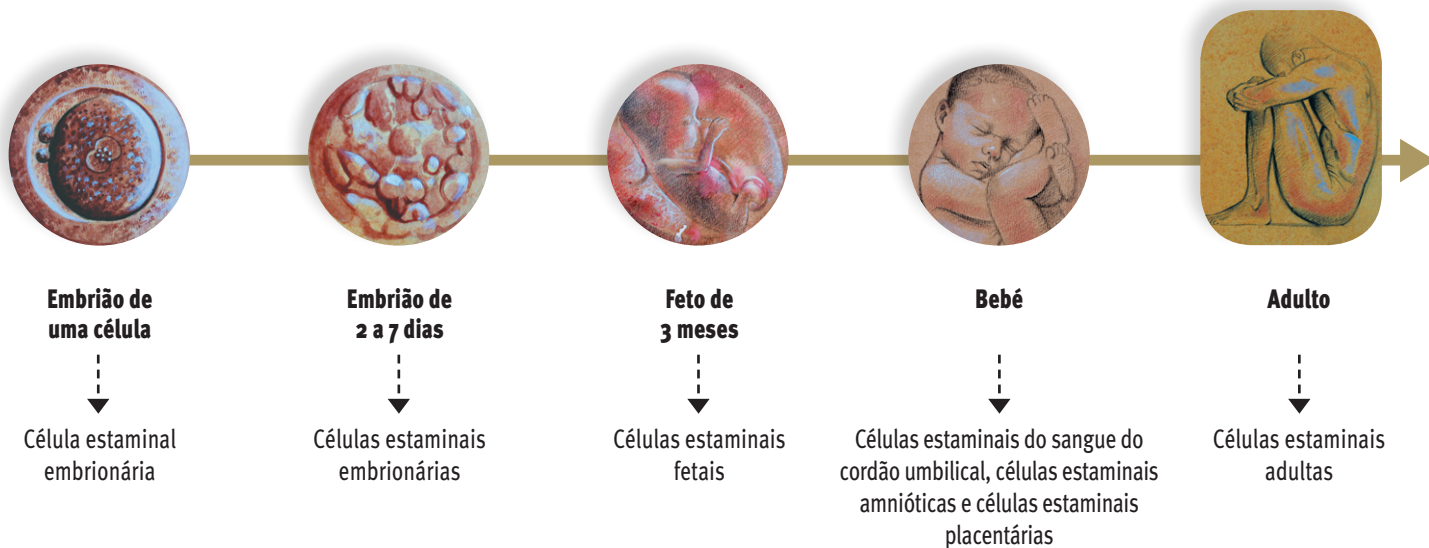
Distinguimos células estaminais adultas, umbilicais, placentárias, fetais, pluripotentes induzidas e embrionárias.

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/ *Investigação 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)

› embrião 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). Existem, por exemplo, na pele, músculo, sangue, medula óssea, tecido adiposo, 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 são descongelados e tratados durante algum tempo até atingirem o estágio de blastocisto (6 a 7 dias), depois são destruídos para deles extraírem as células estaminais.

As células iPS são células retiradas do corpo adulto (ex: pele) que, para se tornarem indiferenciadas, são desprogramadas. Em seguida são reprogramadas para darem origem a diferentes tecidos.

Podem diferenciar-se em diversos tipos celulares, o que explica 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. Este facto valeu-lhe o Prémio Nobel da Medicina em 2012, de que é laureado com Sir John B. Gurdon.



Utilização das células estaminais

Os excertos para terapia celular

A terapia celular consiste em efectuar enxertos de células estaminais sadias que podem recolonizar (através da multiplicação celular) os tecidos danificados e regenerá-los (estimulando o crescimento celular). Neste área, as células estaminais não embrionárias possibilitam a realização de numerosos ensaios clínicos. Para certos tipos de patologias, como lesões ou doenças da pele e em doenças do sangue, já se ultrapassou, desde há muito tempo, o estágio de investigação e estes enxertos são usados, frequentemente, para tratar numerosos doentes.

A investigação farmacológica na indústria farmacêutica

Nesta área as células estaminais são utilizadas para seleccionar moléculas, para estudar modelos patológicos e para testar a toxicidade de medicamentos. Assim, as células estaminais reprogramadas (ou iPS) tornam obsoletas as pesquisas com células estaminais embrionárias (ver pág. 48).





Pontos fortes / pontos fracos

Células estaminais embrionárias humanas

- ❖ Rejeição imunitária, porque não provêm do paciente, mas do embrião
- ❖ Modelo patológico não dirigido à patologia do doente
- ❖ A sua obtenção supõe a destruição de embriões humanos

- ❖ As mesmas capacidades de proliferação e de diferenciação
- ❖ As mesmas capacidades para a selecção de moléculas, para a criação de modelos de doenças e para testar a toxicidade de medicamentos
- ❖ Provocam tumores cancerosos
- ❖ Actualmente não têm aplicação clínica no homem

Células estaminais iPS

- ❖ Sem rejeição se provêm do paciente
- ❖ Modelo patológico dirigido à doença do paciente
- ❖ Sem objecções éticas



Legislação

● 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.

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

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.

Substituiu-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 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).





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 com embriões humanos exige que um ser humano possa ser “aniquilado” para servir de matéria prima a um outro ser humano ou mesmo simplesmente para a investigação.

Podemos tratar-nos, conseguir um tratamento 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).

OBJEÇÃO 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 objeção de consciência no quadro dos cuidados médicos garantidos por lei.

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

NOVOS ESCRAVOS?

Com a utilização de embriões humanos para a pesquisa estão a usar-se seres humanos para satisfazer as necessidades de outros humanos.

CLARIFICANDO:

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.



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?

Porquê esta obstinação se as células estaminais não embrionárias são promissoras, são já utilizadas pela medicina 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, dita terapêutica, apresentada como útil 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 objetivo dar a vida, é menos grave do que a clonagem terapêutica cujo objetivo é criar um novo ser humano para dele se servir na investigação como armazém de peças avulsas.

A EUROPA RECONHECE RECONHECE A DIGNIDADE DO EMBRIÃO HUMANO

A 18 de Outubro de 2011, o Tribunal de Justiça da União Europeia (TJUE) definiu o embrião humano como “todo o óvulo humano a partir do estágio da sua fecundação, desde esse momento, que esta fecundação é de natureza a desencadear o processo de desenvolvimento de um ser humano: “todo o óvulo humano deve, desde a fase da sua fecundação, ser considerado um «embrião humano» na aceção e para aplicação do artigo 6.º, n.º 2, alínea c), da Directiva, quando essa fecundação for susceptível de determinar o processo de desenvolvimento de um ser humano”. O TJUE reconheceu que em nome da dignidade humana era proibida a certificação de um processo que utiliza embriões humanos e os conduz à destruição. Assim, o TJUE reconhece que o embrião humano é digno de respeito. Por isso está interdita toda a exploração industrial ou comercial (decreto Brüstle c.Greenpeace).

Testemunho

O “ PAI ” DA OVELHA DOLLY, PRIMEIRO MAMÍFERO CLONADO.

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 rediferenciação de células somáticas (células iPS) demonstrou que o mesmo objetivo podia ser alcançado utilizando diretamente 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 atualidade. Se a ciência oferece pistas mais rápidas, interessantes e eficazes, a minha opinião é que sejam seguidas.”

IAN WILMUT,
genethique.org, mai 2009

Eutanásia: que implicações?

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

Este capítulo diz respeito ao fim de 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.

7/ Eutanásia



Reflexões éticas

Cuidados paliativos /Eutanásia

Um doente deve sempre ser cuidado. No entanto, os cuidados de que tem necessidade evoluem: há um momento em que, dos cuidados curativos, é necessário passar aos cuidados paliativos que já não têm como objectivo curar, mas prestar assistência ao doente. 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. 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.

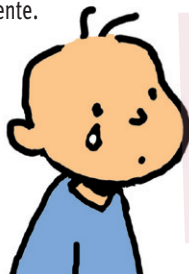
O alívio da dor

O alívio da dor pode necessitar de analgésicos muito fortes como a morfina e os neurólépticos, que por vezes têm como efeito secundário levar involuntariamente à morte do paciente. Neste caso, o objetivo 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 abreviar a vida para abreviar os sofrimentos: 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. E se for o derradeiro momento da nossa vida para amar?



Legislação

● Código Penal Deontologia médica Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Artigo 65.º O fim da vida

- 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 66.º Cuidados paliativos

- 1 - Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes, evitando a futilidade terapêutica, designadamente a utilização de meios de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advinha qualquer benefício.
- 2 - Os cuidados paliativos, com o objetivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nas situações a que o número anterior se refere”.

Artigo 67.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 exceção das situações em que se proceda à colheita 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 ou 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 e as medidas apropriadas que aliviam e asseguram ao doente a manutenção das suas necessidades básicas: alimentação, hidratação, higiene, 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 pelo médico. 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 abstando-se de administrar um tratamento útil).

“Vive mal quem não sabe morrer.”

SÉNÈQUE



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 Institut).

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

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, é uma ideia que se difunde cada vez mais na contemporaneidade.

Isso traduz uma angústia profunda face à morte que é mais sentida como uma injustiça do que como um processo natural.

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



PARA QUE SERVE VIVER LIGADO A UMA MÁQUINA?

- 1** Serve para ultrapassar um obstáculo que permita ao doente sobreviver a um episódio de saúde dramático, assegurando as suas funções vitais, a funcionar de modo deficiente temporariamente
- 2** Em presença de uma pessoa em fase terminal, dado que o objectivo é simplesmente prolongar a vida, podemos interrogar-nos se esta assistência não é desproporcionada.

DE 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 e dos cuidadores, de modo a estarem preparados para aliviar o sofrimento e para acompanhar os moribundos.

Com efeito, cabe aos cuidadores interpretar um pedido de eutanásia de um doente como um pedido de socorro (cf. Testemunho, pág. 60).



Testemunho

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.

Testemunho

“O final de vida é muitas vezes um tempo forte da vida: não roubemos estes momentos íntimos, não nos apropriemos da morte dos outros”.

MARIE DE HENZEZEL,
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

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.

Testemunho

A FAVOR DOS CUIDADOS PALIATIVOS.

“Os cuidados paliativos, e não a eutanásia, são a resposta que respeita a dignidade humana. Consistem em mobilizar todas as forças da imaginação e da solidariedade face ao enorme problema que se nos apresenta quando já não existe nenhuma outra saída. Quando a morte não é considerada como fazendo parte da vida, o que começa é a civilização da morte provocada.”

ROBERT SPAEMANN



Porquê o transplante de órgãos?

Os transplantes de órgãos permitem salvar numerosas vidas. Estamos a falar de órgãos “sólidos”, essencialmente 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.

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.

8 / Dádiva de órgãos



De que estamos a falar?

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 transplantes de pulmão, de pâncreas, de córnea e, excepcionalmente, de intestino.

NOTA:

Existe uma controvérsia ética sobre a colheita de órgãos em dadores mortos em que a paragem cardíaca foi devidamente verificada. Ver página 65.

Colheita em cadáver

Colhem-se órgãos de um cadáver depois da certificação da morte cerebral ou da morte cardiocirculatória 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. É este espaço de tempo que permite dialogar com a família para conhecer a sua vontade.

Critérios de morte

Desde 1968 (Relatório de Harvard) a certificação da morte baseia-se não só na perda definitiva da actividade espontânea do sistema cardiocirculatório (morte cardiocirculatória), mas também na paragem das funções encefálicas (morte cerebral). A paragem total e irreversível das funções encefálicas no seu conjunto autoriza doravante a certificar que a pessoa está de facto morta. Embora exista um largo consenso internacional sobre os critérios de morte, certos cientistas têm dúvidas sobre a sua validade e pedem para reabrir o debate.

Colheita em dador vivo

A dádiva de órgãos por pessoas vivas diz mais respeito ao rim e ao fígado, e mais raramente a um lobo 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 encefálico 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.

A dádiva de órgãos de dador morto depois de uma paragem cardíaca devidamente verificada

Trata-se de uma situação que levanta um problema ético. Com efeito, isto diz respeito a pessoas vivas que apresentam um problema neurológico grave e para os quais a suspensão dos tratamentos provocará uma paragem cardíaca. A morte é assim devidamente verificada e a recolha de órgãos planificada. O perigo é então de se cair numa instrumentalização da morte, isto é, numa eutanásia utilitária.

Paragem cardíaca: um critério de morte correcto?

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. Pára-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 (1/2)

TRANSPLANTE E ÉTICA

Por um lado, para que a colheita obedeça a princípios éticos é absolutamente necessário que o falecido não se tenha oposto em vida ou, no caso de dador vivo, haver consentimento informado e livre da parte do dador ou da família.

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 não se tenha oposto em vida à colheita de modo absolutamente gratuito, para salvar generosamente outra vida humana. Só uma tal dádiva pode legitimar a colheita.





Reflexões éticas (2/2)

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 Caillavet, 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 RENND (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 esbaterse 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.



Testemunho

“Reflectir sobre a dádiva e o transplante de órgãos é evidentemente reflectir sobre a sua própria morte. Por isso se compreende a dificuldade de encarar esta reflexão e o quanto é difícil assumir uma posição. E aqueles a quem esta problemática diz respeito são evidentemente os doentes em lista de espera. Sabem a qualidade de vida que recuperarão depois do transplante, e que escaparão assim a uma morte anunciada. (...)”

O risco consiste em transformar num direito e num dever o que era uma dádiva excepcional livremente consentida; apropriar-se dos órgãos dos defuntos sem ter de pedir autorização. Estes pressupostos pessimistas não são aceites nem pelos médicos nem pelos moralistas. Vejamos, como exemplo, os acordos que surgem nos fóruns de cidadãos dos «États Généraux de la Bioéthique» (França). No que a isto se refere, a posição do «Conseil d'État» é muito mais prudente, ao pedir que a família de um defunto não seja afastada deste processo. (...)”

É bom não avançar demasiado depressa no sentido de um consentimento presumível e generalizado como única exigência para a realização das colheitas de órgãos: caminharíamos para uma massificação e desresponsabilização asseguradas!”

JEAN-YVES POY,
médecin réanimateur.

O que é a Ideologia do Género?

Bem, então...
Ora vejamos...

Que "género"
vou escolher para
este ano?



A ideologia do género é uma hipótese segundo a qual a identidade sexual do ser humano depende do contexto sócio-cultural e não do sexo – rapaz ou rapariga – que caracteriza cada um desde o instante da sua concepção.

Dito de outro modo, o nosso sexo biológico não seria mais determinante do que o facto de se ser grande ou pequeno, loiro ou moreno: a nossa identidade feminina ou masculina não teria grande coisa a ver com a realidade do nosso corpo, antes nos seria imposta pela sociedade. Não se tendo escolha, todos interiorizariam desde a mais tenra idade o papel / a condição que é suposto cada um ter em sociedade como homem ou mulher. De acordo com a ideologia do género, o nosso género deve ser fundado na orientação sexual que somos livres de aceitar. Esta poderia assumir várias formas, tal como poderia evoluir ao longo do tempo. Alguns afirmam que existem seis géneros: heterossexual masculino, heterossexual feminino, homossexual, lésbica, bissexual e indiferenciado (ou neutro, isto é, nem homem, nem mulher). Assim, a ideologia do género subestima a realidade biológica do ser humano. Reducionista, sobrevaloriza a construção sócio-cultural da identidade sexual, que ela opõe à natureza.



Consequências desta ideologia...

Um novo “modelo” familiar

A família – fundada sobre um casal composto por um homem e uma mulher – não seria mais do que tantas outras formas de “família”. Assim, o Parlamento Português aprovou a Lei nº 9/2010, de 31 de Maio, que passou a permitir o chamado “casamento civil entre pessoas do mesmo sexo”. A Lei nº 17/2016, de 20 de Junho, possibilitou o acesso à procriação medicamente assistida também aos “casais” de mulheres.

A possibilidade de ter filhos deveria, pois, estar ao alcance de todos os casais. Os promotores da ideologia do género militam, com efeito, pela legalização da «homoparentalidade», que passa pela abertura aos “casais” homossexuais da adopção, da procriação medicamente assistida (PMA) e da gestação por outrem.

Uma nova organização da sociedade

Segundo os promotores da ideologia do género, impor-se-ia que a organização da sociedade passasse a assentar não nas diferenças entre homem e mulher, mas sim nas diversas formas de sexualidades.

A união de um homem e de uma mulher é a única possibilidade de engendrar um filho e de o inscrever na continuidade das gerações.

Para os cangurus,
é a sociedade que decide...



O que é que faz com que se se

O **corpo humano** conta com cerca de **70 000 milhões** (setenta milhões de milhões) de células. No núcleo de cada uma encontram-se **23 pares de cromossomas**, em que um par é **XX** para as raparigas e **XY** para os rapazes.



44 cromossomas + 2 **X** = 23 pares de cromossomas



44 cromossomas + 1 **X** e 1 **Y** = 23 pares de cromossomas

Contudo, **as células sexuais** (os “gâmetas”, isto é, os espermatozóides e os ovócitos) diferem das outras células humanas: não contêm senão **um cromossoma de cada par**.

Na **mulher**, um **ovócito** contém **22** cromossomas + 1 cromossoma **X**.

No **homem**, um **espermatozóide** contém **22** cromossomas + 1 cromossoma **X** ou um cromossoma **Y**.

Por um processo de divisão celular reductivo – a **meiose** – cada par de cromossomas foi separado em dois. Logo, cada um dos cromossomas encontra-se “à espera” da outra “metade”.



22 cromossomas + 1 cromossoma **X**

22 cromossomas + 1 cromossoma **X** ou **Y** consoante o que terá trazido o espermatozóide que fecundou o óvulo.

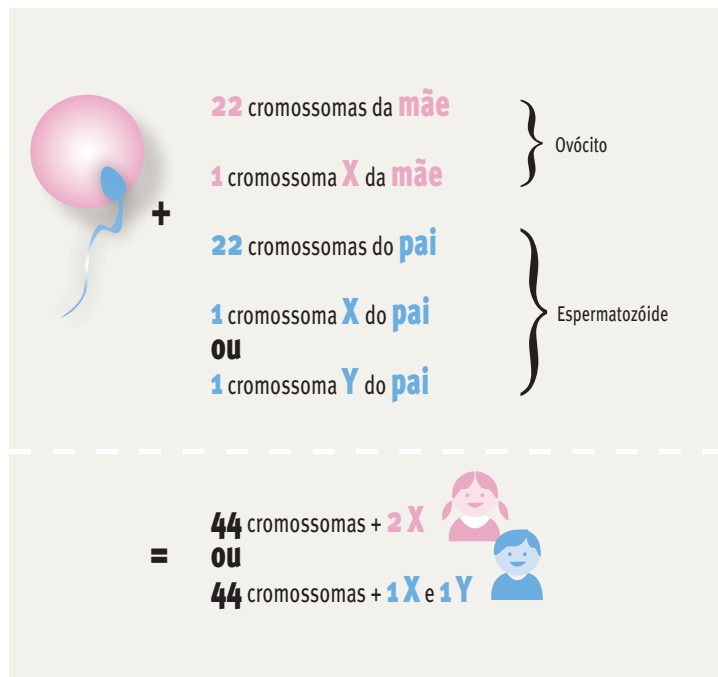
É no momento da fecundação que novos pares são criados. A primeira célula do novo ser humano reúne 22 pares de cromossomas + 1 par XX ou XY, isto é, 23 pares de cromossomas. O novo ser humano assim concebido tem, deste modo, como património genético cromossomas dos seus dois progenitores.

O **sexo da criança (XX, rapariga, ou XY, rapaz)** é, portanto, determinado no instante da concepção, desde a constituição da primeira célula. Todas as células deste novo ser humano vão ter, ao longo de toda a sua vida, o mesmo património genético que a primeira célula saída de fecundação.

E o **património genético é único**. Cada ser é único e insubstituível.



ja rapaz ou rapariga?



Foco

O que é que diferencia o sexo do género?

O “sexo” designa a **realidade biológica** – rapaz ou rapariga – do ser humano, enquanto o “género” designa a **dimensão social do sexo**, isto é, o comportamento em sociedade de um homem ou de uma mulher de acordo com o seu sexo biológico.

Na ideologia do género, o termo “género” designa a masculinidade ou a feminilidade construída pelo enquadramento social e cultural (língua, educação, modelos propostos...). O género não dependeria do sexo biológico: seria subjectivo, dependeria da percepção que cada indivíduo tem de si mesmo e da sexualidade que escolheu viver.

O que é a homoparentalidade?

Este termo designa o exercício da **função de pais** por dois adultos do mesmo sexo.

O termo “homoparentalidade” vem de “parentalidade” que se distingue de “paternidade”: a “**parentalidade**” designa o exercício da **função** de pai (educação), enquanto a “**paternidade**” está ligada ao ser engendrado (nascido de um pai e de uma mãe).

Esta reivindicação oculta o direito da criança de conhecer o pai e a mãe e de crescer com eles. Se duas mulheres têm desejo de “**parentalidade**”, a ciência vai permitir-lhes contornar o problema da ausência de património masculino recorrendo a um banco de esperma. Ora, para a criança, o problema da sua origem biológica vai colocar-se-lhe necessariamente quando crescer. Além disso, uma criança tem necessidade da diferenciação sexual para se poder construir. Para mais, essa “**parentalidade**” cria uma desigualdade nestas crianças privadas da sua plena filiação.

Dois pessoas do mesmo sexo podem ter uma criança em conjunto?

Não, duas pessoas do mesmo sexo nunca podem, em caso algum, fazer nascer um filho: mesmo com a procriação médica assistida, a concepção de uma criança necessita SEMPRE da união de um gameta sexual feminino (ovócito) com um gameta sexual masculino (espermatozóide).

A PMA conduz necessariamente à utilização de um gameta duma pessoa de outro sexo: a mulher tem de recorrer a um dador de esperma anónimo ou conhecido, e o homem tem de apelar a uma dadora de ovócito e a uma “barriga de aluguer”.



Reflexões éticas

POR QUE RAZÃO NÃO PODE CADA UM DECIDIR TRANSFORMAR-SE EM HOMEM OU MULHER?

Biologicamente, todo o ser humano é rapaz ou rapariga. A educação e a cultura, como o convívio com os pais (mãe e pai) e com as pessoas que estão à sua volta, permitem pouco a pouco à criança construir a sua identidade de rapaz ou rapariga: ela vai assim completar a sua identidade sexual do ponto de vista psicológico, cultural... De facto, é natural que o comportamento social (o género) esteja em harmonia com o sexo biológico. O contrário é sempre fonte de sofrimentos.

Os adeptos da ideologia do género pretendem que, por um simples acto de vontade, podemos mudar a realidade do que somos, escolhendo a nossa identidade sexual: “*eu não sou o corpo que tenho*”. Separar o sexo do género e considerar que a identidade sexual não repousa senão sobre o género leva a apagar uma evidência anatómica. Mas será que o nosso corpo nos mente?

Adoptar essa teoria consiste, afinal, em querer uma sociedade alicerçada sobre uma ilusão.

CONTANTO QUE A CRIANÇA SEJA AMADA, TODOS OS MODELOS FAMILIARES SÃO VÁLIDOS?

Ser amado pelos pais é, sem dúvida, essencial; mas não é suficiente. Criar, educar uma criança ultrapassa o afectivo, ainda que tudo isso esteja misturado.

Cada um de nós sente bem que uma mãe e um pai não são permutáveis. Cada um deles dá o seu contributo à criança permitindo-lhe assim construir a sua identidade, e particularmente a sua identidade sexuada.

Mantenhamo-nos na realidade: nós nascemos claramente rapaz ou rapariga. A procriação necessita de um pai e de uma mãe. A criança precisa de um pai e de uma mãe para se desenvolver. Note-se que, em caso de dificuldades, os psicólogos apelam aos dois progenitores para deslindar o problema relacional com o seu filho. As respostas do pai e da mãe enriquecem-se e completam-se, permitindo resolver os problemas.

O FACTO DE SE RECUSAR A ADOÇÃO AOS HOMOSSEXUAIS É HOMOFOBIA?

Não, a questão não reside aí. Ter uma criança não é um direito! A criança não é um bem de consumo que vem ao mundo por causa de necessidades ou desejos dos adultos. Mesmo que o facto de não ter uma criança seja fonte de sofrimento, essa reivindicação dos lobbies homossexuais não é legítima, visto que contorna a realidade humana através da procriação medicamente assistida ou da “mãe de substituição” e priva a criança de pai ou de mãe.

Não se trata, pois, de uma opinião ou de um juízo (homófobo ou não), mas sim de ter em devida conta a realidade. E se tivéssemos de falar de um direito, teríamos de falar do “direito da criança” a ter um pai e uma mãe para poder construir-se, e não de um direito “à” criança.

Índice Temático

A

Amniocentese : 22

Amenorreia: 6, 10

Aborto: cap. 2, cap. 3, cap. 5

B

“Bebé-medicamento”: 39, 40, 42

Biópsia do trofoblasto: 22

Blastocisto: 5

C

Células sexuais: 68, 69

Células estaminais (adultas, umbilicais, embrionárias, iPS): cap. 6

Colheita de órgãos: ver Dádiva de órgãos

Coriocentese: 22

Clonagem: 50, 51, 52

Coma: 65

Concepção: 51

Contraceção: 11, 18

Crítérios de morte: 63, 64

Cromossomas: 68, 69

Cuidados paliativos: 54, 55, 61

D

Dádiva de órgãos: cap. 8

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

Epermatozóide: 30, 68, 69

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

FLV: ver Fecundação *in vitro*

Feto: 5, 6, 45

G

Gâmetas: 30, 31, 32, 34

Género: caderno especial

Gravidez: 6, 9, 14, 29

I

Ideologia de Género: caderno especial

Injecção Intracitoplasmática de: 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 contraceção Pluripotente: 46

PMA: ver Procriação Medicamente Assistida

Pós-humanismo: 42

Procriação Medicamente Assistida: cap. 4

Projecto parental: 35

R

Redução embrionária: 35

S

Sexo: 70

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 commencement, la vie

Jerome Lejeune
Editions Mame, 2014

Nascituri te salutant ! La crise de conscience bioéthique

Jean-Marie Le Mené
Editions Salvator, 2009

La trisomie 21 est une tragédie grecque

Jean-Marie Le Mené
Editions Salvator, 2009

L'embryon quels enjeux

Mgr Michel Aupetit
Editions Salvator, 2008

Evangelho da Vida,

João Paulo II, 1995

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

Contra a Eutanásia

Lucien Israël
Multinova, 2016

Nous voulons tous mourir dans la dignité

Marie de Hennezel
Editions Robert Laffont / Versilio -
Fevrier 2013

La bataille de l'Euthanasie

Tugdual Derville
Editions Salvator - Janvier 2012

Embryon, mon amour

L'histoire vraie d'un couple, en cours de divorce, qui se dispute la propriété d'embryons congelés. La mère a été défendue par le Pr Jérôme Lejeune. D'après les actes du procès de Maryville.

Celine Siorac
Editions E-dite, 2004

On ne peut imposer ça à personne

Laurence Henry
Handicap du nourrisson et euthanasie
Editions Salvator - septembre 2013

Deux petits pas sur le sable mouillé

Anne-Dauphine Julliard
Editions Les Arenes – 2011

Um Filho para a Eternidade

Isabelle de Méserac
Principia, 2006

Faire des enfants demain

Jacques Testart
Editions du Seuil, 2014

Bien naître – bien être – bien mourir Propos sur l'eugénisme et l'euthanasie

Danielle Moyse
Editions ERES, 2001

Personnes handicapées face au diagnostique prénatal.

Eliminer avant la naissance ou accompagner?
Danielle Moyse et Nicole Diederich
Editions ERES, 20014



O Prof. Jérôme Lejeune faleceu no dia 3 de Abril de 1994. Os seus trabalhos científicos constituem sempre uma referência e são indelevelmente os fundamentos da genética moderna.

Jérôme Lejeune inicia os seus estudos de genética médica a partir de 1952 no Centre National de la Recherche Scientifique. Com o Prof. Turpin e a Dra. Marthe Gautier descobre a trissomia 21 e a relação entre um atraso mental e uma anomalia cromossómica.

A 24 de Junho de 1961, Jérôme Lejeune apresenta a sua tese científica sobre o mongolismo. Esta tese foi um sucesso e choveram os prémios. Em 1964, é nomeado para a primeira cadeira de Genética Fundamental da Faculdade de Medicina de Paris. Continua os seus trabalhos e apresenta novos síndromes (doença do grito do gato e da sua recíproca, monossomia 21...).

A 11 de Agosto de 1968 recebe o Prémio William Allen, a mais alta distinção concedida a um geneticista.

Em paralelo com as suas actividades de investigações médicas, atende doentes com Trissomia 21 e respectivas famílias.

Em 1981, foi eleito para a Académie des Sciences Morales et Politiques e é recebido na Académie nationale de médecine.

O seu falecimento ocorre a 3 de Abril de 1994 na sequência de cancro.

A Fondation Jérôme Lejeune tem uma tripla missão: desenvolve e financia programas de investigação que procuram descobrir um tratamento para a Trissomia 21 e para outras deficiências intelectuais de origem genética; criou e financia o Institut Jérôme Lejeune, centro de consulta médica e paramédica especializadas; defende a vida e a dignidade dos pacientes.

E, porque defende a vida, a Fondation Jérôme Lejeune está vigilante nas questões de bioética: num contexto em que a aceleração dos progressos científicos e a pressão ideológica colocam à sociedade interrogações fundamentais, a Fundação fornece a sua mais-valia científica e os seus valores éticos.



Federação Portuguesa pela Vida

É uma Instituição que reúne em vínculo federativo Associações e Fundações que tenham por objecto e finalidade a defesa da Vida Humana, desde o momento da concepção até à morte natural, a promoção da dignidade da Pessoa Humana e o apoio à Família e à Maternidade.

É Membro Fundador da “ONE OF US” (non-profit European Federation for Life and human Dignity).

A Intervenção da Federação Portuguesa pela Vida enquadra-se dentro do apoio Social, Político e a Educação.



A Federação Portuguesa pela Vida agradece à Fondation Jérôme Lejeune a autorização para a edição portuguesa.

Publicado, em França, pela Fondation Jérôme Lejeune.

Publicado, em Portugal, pela Federação Portuguesa pela Vida

Tradução: Alda Maria Dias e 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)

Ilustrações: Copyright Brunor – Anne- François de Sérilly • Paginação versão portuguesa: Design-a-Dois®

Créditos das fotografias: FJL, Priest for life, Michael Clancy, Rob Bouwman, Ljupco Smokovski - Fotolia, photl.com, Florence Loubet, Michel Depardieu – INSERM, DR

Acabou de se imprimir em Janeiro de 2017, na Empresa Diário do Minho, Braga

Interditada a reprodução parcial ou total. Todos os direitos reservados • Depósito Legal n.º 420502/17 • ISBN: 978-989-20-7336-1



Federação Portuguesa pela Vida
Rua da Artilharia Um, nº 48, 3º D.º
1070-013 Lisboa
Tel: 216 072 072 - 910 871 873
www.federacao-vida.com.pt/
www.facebook.com/federacaopelavida