



FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Ano X
Nº 32 - Abr-Junho
2016

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Colaboradores neste Número

Ana Carina Costa
Andreia Fernandes
Ariana Silva
Gonçalo Cardoso
Inês Tavares
Joana Roxo
Patrícia Sousa
Pedro Martins
Rita Macedo Vaz
Rute Daniel
Rute Nascimento

Regras de Publicação:
Revista N.º32, 2016

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt
antonio.freitas@ess.ips.pt

Reservados todos os direitos
de autor. Copyright©

Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Setúbal

Editorial	2
Adoção na perspetiva bioética	
<i>Rute Nascimento; Rute Daniel</i>	3
Questões bioéticas relacionadas com os embriões excedentários resultantes das Técnicas de Procriação Medicamente Assistida	
<i>Ana Carina Costa; Patrícia Sousa</i>	16
Doação e Transplantação de Órgãos Pós-Mortem	
<i>Ariana Silva; Inês Tavares</i>	27
Xenotransplantação – Considerações Bioéticas	
<i>Rita Macedo Vaz</i>	34
Transexualidade	
<i>Andreia Fernandes, Joana Roxo</i>	41
Decisão de Não Tentar Reanimar - Implicações Bioéticas	
<i>Gonçalo Cardoso; Pedro Martins</i>	49
Política de Copyright e regras de Publicação	55



Editorial

Os percursos pelas questões dilemáticas, fraturantes ou, apenas, difíceis, da Bioética incluem a abordagem de temas como

a Adoção na perspectiva bioética,

processo que visa a realização do superior interesse da criança, com vista à formação de um vínculo de filiação entre o adotado e o adotante. *Neste artigo de revisão de literatura pretende-se abordar a dimensão bioética da adoção, na sua complexidade, visto que abrange situações cujas decisões tomadas, podem trazer profundas repercussões na vida dos sujeitos envolvidos. Ao longo do artigo é ainda feita referência aos diferentes tipos de adoção, para que se consiga perceber a complexidade deste processo.*

a questão dos embriões excedentários resultantes das Técnicas de Procriação Medicamente Assistida

pois se é verdade que as técnicas utilizadas na Procriação Medicamente Assistida têm proporcionado a possibilidade de ser pais aos casais que não o conseguiriam ser de outra forma, tal aplicação levanta importantes questões bioéticas relacionadas com os embriões excedentários. *No final do ano 2013, existiam em Portugal 19.406 embriões criopreservados, na origem deste número estão principalmente as hiperestimulações ovárias que resultam na produção de embriões num número muito superior ao que se prevê utilizar*

Doação e Transplantação de Órgãos Pós-Mortem

perspetivadas a partir do consentimento tácito e a qualidade de todos (os que não se pronunciaram de forma diversa) como potenciais dadores sem considerar dispicienda a necessidade de aumentar a informação da população no que diz respeito à doação e à transplantação (no caso concreto, em situação *post-mortem*); são evocados o princípio da Dignidade Humana, da Informação e respeito pela Autonomia, da Intangibilidade Corporal, da Totalidade, da Não Maleficência, da Beneficência e da Justiça.

Xenotransplantação

que é a utilização de órgãos, tecidos ou células de origem animal para transplante em seres humanos e pode ser vista como uma alternativa para satisfazer o elevado número de pessoas que carecem de um órgão para sobreviver. A reflexão crítica sobre os argumentos deve merecer-nos especial atenção;

Transexualidade

perturbação de género, em sentido identitário, que pode ser diagnosticada em pessoas de todas as faixas etárias, de etiologia multifatorial. São abordadas as diretrizes internacionais para qualquer profissional de saúde que assista pessoas transexuais

Decisão de Não Tentar Reanimar

especialmente em situações de doença terminal, entendida como suspensão de intervenção, por desproporcionada ou por ser fútil. Enquanto decisão num processo de cuidados, implica a participação do doente e dos profissionais, quer respeitando a vontade atual quer, caso existam, as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Os artigos foram elaborados por estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Unidade Curricular de Ética II, tendo sido revistos posteriormente ao final do semestre.

Adicionalmente, neste número publica-se a política de copyright e atualizam-se as regras de publicação da Revista *Percursos*.

Refira-se que a edição da Revista celebra, este ano, o décimo aniversário. Com dois números no 1º ano (2006), sete no 2º (2007), manteve 3 e 4 nos anos seguintes (2009 a 2013), tendo sofrido uma interrupção no ano de 2015. Espera-se manter a assiduidade de publicação e, tal considerando, votos de

Boas leituras!

Adoção na perspectiva bioética

Bioethic perspective of adoption

Artigo elaborado por Rute Nascimento e Rute Daniel.

Revisão Lucília Nunes.

Resumo

No cenário social atual, assistimos a gradativas mudanças na forma de pensar e vivenciar as relações humanas, uma vez que cada vez mais existem concepções distintas sobre o que é a família e sobre a formação de diferentes famílias, umas constituídas por um só elemento, outras constituídas por elementos do mesmo sexo. A adoção trata-se de um processo que visa a realização do superior interesse da criança, nomeadamente a satisfação do Princípio do Melhor Interesse da Criança, com vista à formação de um vínculo de filiação entre o adotado e o adotante. Neste artigo de revisão de literatura pretende-se abordar a dimensão bioética da adoção, na sua complexidade, visto que abrange situações cujas decisões tomadas, podem trazer profundas repercussões na vida dos sujeitos envolvidos. Ao longo do artigo é ainda feita referência aos diferentes tipos de adoção, para que se consiga perceber a complexidade deste processo.

Palavras-chave: Adoção; Bioética; Monoparentalidade; Homoparentalidade; Vivência da Adoção.

Abstract

In the current social scene, we see gradual changes in thinking and experiencing human relationships, since more and more there are different conceptions about what is the family and the formation of different families, a few consisting of one element, other formed by elements of the same sex. Adopting it is a process that aims at achieving the best interests of the child, including the satisfaction of the Best Interest of the Child Principle, for the formation of a membership link between the adoptee and the adopter. This literature review article is intended to address the bioethical dimension of adopting review, in its complexity, as this covers situations whose decisions can have profound impact on the lives of those involved. Throughout the article it is still referred to different types of adoption, so that they can realize the complexity of this process.

Keywords: Adoption; Bioethics; Single Parenthood; Homoparenthood; Experience of the adoption.

Introdução

A adoção é um tema que nos últimos anos tem sido cada vez mais discutido quer na comunicação social, quer pelas alterações à lei de adoção, em 2003, e ainda por alguns acontecimentos mediatizados que despertaram a opinião pública, como é o caso da adoção por casais homossexuais.

O desejo de ter filho resulta de uma ligação ética, e não de uma simples conquista genética e, é neste âmbito que se processa a adoção. É dentro do âmbito da relação ética que se constrói a real parentalidade, conduzida pela convivência afetiva. (Ferreira, 2009)

Antes de mais, é importante referir que a motivação para a adoção difere de candidato para candidato. Uns adotam por “*desejo de ter um filho*” outros por “*adoção de filho de cônjuge*”. Há ainda quem adote por “*solidariedade ou fazer bem a alguém*” ou ainda por “*dar um irmão ao filho mais velho*” ou “*tentativa de resolução de casamento com 2 casos para cada*

motivação”. (Ferreira, 2009) Podemos constatar ainda que, uns adotam filhos por não poderem gerá-los. Outros geram os seus filhos, mas tropeçam na impossibilidade de criá-los. O poder de uns impõe-se ao não-poder de outros, o que faz com que seja uma questão que produz, com firmeza, algumas interferências nas relações interpessoais de pais e filhos adotivos. (Ferreira, 2009)

O relatório CASA, que faz a caracterização anual da situação de acolhimento e que a Segurança Social entrega no Parlamento, revela que 8.740 crianças e jovens estavam em situação de acolhimento em 2014. Deste total, 6.327 eram situações de acolhimento de anos anteriores e 2.143 foram situações novas. Ou seja, o número tem vindo a descer nos últimos anos, mas indica que há casos de jovens acolhidos durante vários anos nas instituições a viverem afastados das famílias. (Instituto da Segurança Social, 2015)

Com isto, pretendemos para além de aprofundar conhecimentos sobre o tema, identificar e responder a algumas questões éticas identificadas, como observar a idade ideal para adoção, a origem da adoção, o panorama da adoção em Portugal, a adoção por famílias monoparentais, adoção no relacionamento homossexual e as questões ligadas à Institucionalização e ao Acolhimento Familiar.

A Adoção

A adoção, define-se como a inserção num ambiente familiar, de forma definitiva e com aquisição do vínculo jurídico próprio da filiação, segundo as normas legais em vigor, de uma criança ou jovem cujos pais são desconhecidos, morreram, não querem assumir o desempenho das suas funções parentais ou são pelo Tribunal considerados incapazes de as desempenhar. (Centro de Estudos Judiciários, 2015)

Nos termos do artigo 1974.º, nº1 do Código Civil, *“A adoção visa realizar o superior interesse da criança e será decretada quando apresente reais vantagens para o adotando, se funde em motivos legítimos, não envolva sacrifício injusto para os outros filhos do adotante e seja razoável supor que entre adotante e adotando se estabelecerá um vínculo semelhante ao da filiação”*. (Decreto-Lei n.º 47 344 , 1966)

Segundo o artigo 1977.º do Decreto – Lei n.º 496/77 de 25 de Novembro, a lei portuguesa permite três tipos de adoção, sendo as mesmas a adoção plena, restrita e internacional.

Na **adoção plena**, a criança ou jovem adotado:

- *“Torna-se filho do adotante e passa a fazer parte da sua família;*
- *Deixa de ter relações familiares com a sua família de origem;*
- *Perde os seus apelidos de origem e adquire os apelidos dos adotantes;*
- *Pode, nalgumas situações, mudar o nome próprio, se o adotante o pedir e o tribunal concordar”*.

Esta adoção não pode ser revogada, nem mesmo por acordo entre o adotante e o adotado. (Instituto da Segurança Social, 2014)

Na **adoção restrita**, a criança ou jovem adotado:

- *“Mantém todos os direitos e deveres em relação à família de origem (salvas algumas restrições estabelecidas na lei);*
- *Pode receber apelidos do adotante, a pedido deste, ficando com um novo nome, mas mantém um ou mais apelidos da família de origem;*
- *O adotado, ou os seus descendentes, e os parentes do adotante não são herdeiros uns dos outros nem estão reciprocamente obrigados à prestação de alimentos.”* (Instituto da Segurança Social, 2014)

A adoção restrita tem ainda as seguintes particularidades:

- Pode, em determinadas circunstâncias, ser revogada;
- Pode a todo o momento, por decisão judicial, ser convertida em adoção plena, a pedido dos adotantes e desde que se verifiquem os requisitos exigidos na lei.” (Instituto da Segurança Social, 2014)

A **adoção internacional** caracteriza-se pela deslocação de uma criança do seu país de residência habitual, para outro país em consequência da sua adoção ou com vista a ser adotada por pessoas que residem noutro local habitualmente. (Segurança Social, 2014)

Portugal é um dos poucos países que simultaneamente é país de origem e país de acolhimento de crianças, ou seja, há crianças em situação de adotabilidade residentes em Portugal que podem ser adotadas por famílias residentes no estrangeiro. (Segurança Social, 2014)

No caso de o candidato morar em Portugal e de a criança estar no estrangeiro, o processo de candidatura é semelhante ao da Adoção Nacional. Se a candidatura for selecionada, a autoridade central portuguesa responsável pelas adoções internacionais envia-a à autoridade central do país onde reside a criança que se pretende adotar. (Instituto da Segurança Social, 2014)

Por sua vez, se o candidato morar no estrangeiro e a criança estiver em Portugal deve apresentar a sua candidatura às entidades responsáveis pelos processos de adoção do país onde reside. Se a sua candidatura for selecionada, essa entidade

encaminha-a para a autoridade central desse país, que, por sua vez, se articula com a autoridade central portuguesa. (Instituto da Segurança Social, 2014)

No que diz respeito à adoção Plena são candidatos os indivíduo que preencham os seguintes requisitos:

- Duas pessoas de sexo diferente se tiverem mais de 25 anos e se forem casadas ou viverem em união de facto há mais de 4 anos.
- Uma pessoa se tiver mais de 30 anos (ou mais de 25 anos se pretender adotar o filho do cônjuge).
- A partir dos 60 anos a adoção só é permitida se a criança a adotar for filha do cônjuge ou se tiver sido confiada ao adotante antes de este ter completado os 60 anos.
- A diferença de idades entre o adotante e o adotado não deve ser superior a 50 anos (exceto em situações especiais). (Instituto da Segurança Social, 2014)

Na Adoção restrita são candidatos os indivíduo com mais de 25 anos e menos de 60 anos, à data em que o menor lhes tenha sido confiada (exceto se este for filho do cônjuge).

Para que as crianças ou jovens possam ser adotados servem-se como critérios uma idade inferior a 15 anos ou inferior de 18 anos (se forem filhos do cônjuge do adotante ou se não forem emancipados e tiverem sido confiados aos adotantes ou a um deles com menos de 15 anos), à data da entrada do processo no Tribunal e ainda quando houver motivos legítimos; quando a adoção trazer vantagens reais para a criança ou jovem; quando não obrigar os outros filhos da pessoa que pretende adotar a sacrifícios injustos; quando for razoável supor que o adotante e a criança vão criar entre si laços semelhantes aos que existem entre pais e filhos. (Instituto da Segurança Social, 2014)

História da Adoção em Portugal

Em Portugal, a situação das crianças abandonadas foi primeiramente tratada com a Carta Régia de 1543, na qual a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa tinha como obrigação *“recolher, proteger e criar as crianças, filhas de ninguém”*. Esta situação servia, sobretudo, para *“ocultar a maternidade por razões morais e sociais, em mulheres de classe social alta”*. (Salvaterra & Verissimo, 2008)

Assim, o mecanismo utilizado, então, pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa foi a chamada *“Roda dos Expostos”*. (Salvaterra & Verissimo, 2008) Esta roda era um mecanismo cilíndrico, com uma parte côncava e outra convexa, girando sobre si mesmo, duas faces da face humana, a mulher que nele coloca o filho e, com o movimento de o fazer girar, perde-o; a mulher que trava o movimento é aquela que o irá receber. As crianças eram então entregues aos cuidados de amas, geralmente residentes na província, precursoras das atuais famílias de acolhimento. (Ferreira, 2009)

Posteriormente, a 1 de Dezembro de 1870, a Roda dos Expostos é extinta pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, uma vez que este mecanismo *“não tinha acabado com os abandonos nem com as elevadas taxas de mortalidade infantil”*. (Salvaterra & Verissimo, 2008, p. 2) Assim *“Em Portugal, a adoção foi regulada nas Ordenações Afonsinas e Manuelinas com o objetivo de conceder ao adotado a qualidade de herdeiro”*. (Salvaterra & Verissimo, 2008, p. 2)

Outros acontecimentos importantes foram a *“I e II Guerras Mundiais que fizeram um grande número de órfãos”*, pelo que tais acontecimentos tiveram *“um grande impacto em todo o mundo, tendo, nalguns países a adoção ressurgido como uma forma de dar resposta ao grande número de crianças que tinham ficado sem família”*. (Salvaterra & Verissimo, 2008, p. 2) Neste sentido, o novo Código Civil (de 1967) apresenta a introdução da adoção no regime jurídico. (Ferreira, 2009)

Vivência do Processo de Adoção

A transição para a parentalidade convencional é um acontecimento complexo, dado que implica várias tarefas desafiantes para os pais. (Cruz, 2013)

Vivência dos Pais

A parentalidade está relacionada com *“um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais, junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”*. Para vários autores a transição para a parentalidade é descrita como um processo que implica várias tarefas complexas e desafiantes para os pais. (Cruz, 2013, p. 15)

Segundo Nelson (2003) citado por Cruz (2013), surgem cinco categorias temáticas, subjacentes à parentalidade: o compromisso (decidir ser pai/mãe, sentir a ligação mãe/pai-filho e aceitar a responsabilidade); a vida diária (aprender acerca da parentalidade e seguir modelos comportamentais); as relações (adaptar-se às mudanças na relação com o parceiro/a e com a família e amigos); o emprego (decisões acerca do retorno ao emprego) e, o *self* (enfrentar o passado, encarar-se a si mesmo e começar a sentir-se como mãe/pai).

Vários são os estudos que mostram que a transição para a parentalidade convencional é, por si só, um acontecimento complexo, uma vez que esta acarreta obstáculos específicos, podendo tornar-se mais difícil e stressante. (Cruz, 2013)

De acordo com Pryor (2004) citado por Cruz (2013), a maternidade adotiva tem características específicas na transição e na entrada para a parentalidade pois não permite o contacto com a criança no período neonatal. Para além disso, não vivem a gravidez física e têm de esperar um período indefinível, sabendo que o seu filho continua a cuidado de outras pessoas e não consigo.

Por outro lado, a transição para a parentalidade pode ser mais abrupta, no sentido em que os pais podem estar muito tempo à espera e, de um dia para o outro, é-lhes feita a proposta de uma criança, iniciando-se a adoção neste momento. (Cruz, 2013)

Segundo Relvas (1966) citado por Cruz (2013), para além das tarefas normativas de uma família biológica e a família adotiva centram-se em tarefas e problemáticas específicas, como as tarefas específicas da transição para a parentalidade adotiva, bem como a motivação para a adoção, sendo que, tal como já se referiu, a motivação dos candidatos para se tornarem pais adotivos podem ser diferentes (ajudar uma criança, problemas de infertilidade, querer tornar-se pai/mãe, entre outras).

Institucionalização e Acolhimento Familiar

Quando são identificadas as crianças em risco, são acionadas medidas de proteção. Em Portugal, o acolhimento pode ser de dois tipos, ambos com carácter temporário: acolhimento familiar e acolhimento institucional/residencial. (Cruz, 2013)

Os centros de acolhimento temporário são uma resposta ao acolhimento urgente de crianças e jovens em perigo, que resulta de uma medida de promoção e proteção aplicada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou pelo Tribunal. Estes centros têm como objetivo garantir alojamento temporário e satisfazer as necessidades básicas das crianças. Para além disso, proporcionam apoio social e educativo adequado à idade de cada criança, diagnosticam cada criança /jovem e definem os respetivos projetos de vida, com vista à inserção familiar e social. Estes intervêm ainda junto da família juntamente com as entidades e as instituições que promovem os direitos das crianças e jovens. (Cruz, 2013)

Há de ter em consideração que viver numa instituição constitui uma mudança importante na vida de uma criança e que esta vivência pode acarretar repercussões ao nível da sua saúde física e mental. O percurso de vida anterior destas crianças exige que o processo de gestão da dor, das perdas, do sofrimento, da sensação de injustiça, traição e perplexidade decorra em paralelo com o processo de procura de segurança, de procura de uma vida melhor, do encontro com afetos e modelos porventura até aí inexistentes ou, pelo menos, disfuncionais. Para que este processo seja vivido e ultrapassado de forma adequada é necessário que a dinâmica da estrutura residencial e dos seus profissionais possa adaptar-se ao ritmo de evolução da criança e do jovem. (Cruz, 2013)

No acolhimento institucional seria esperado que as crianças tivessem condições superiores às anteriores nas suas famílias de origem. Contudo existem algumas características que são geralmente comuns neste tipo de acolhimento de crianças, como a falta de estimulação individualizada, poucas interações individuais e fracos recursos. (Cruz, 2013)

Deste modo, segundo Verrier (2207) citado por Cruz (2013) acaba-se por privar a criança de alguns requisitos para um desenvolvimento psicológico normativo, nomeadamente a continuidade de relacionamentos, assistência emocional e estimulação.

De acordo com Bronfenbrenner (1979) Citado por Cruz (2013), as crianças institucionalizadas também podem demonstrar características como desejo de afeto, falta de capacidade para se relacionarem, inquietude, hiperatividade, dificuldades de atenção e

fracos resultados escolares devido às adversidades pelas quais passaram e à falta de estimulação adequada e individualizada.

Este atraso no desenvolvimento pode ser compensado mais tarde com a integração da criança numa nova família, com um ambiente familiar positivo e com uma estimulação adequada. Neste sentido, a adoção, para além de uma medida de proteção, é também percebida agora mais frequentemente como uma intervenção de sucesso para crianças que sofreram adversidades precoces, promovendo a recuperação de áreas como o desenvolvimento físico, socio-emocional e cognitivo. (Cruz, 2013)

O acolhimento familiar, por sua vez, de acordo com Delgado (2007) citado por Cruz (2013) baseia-se no pressuposto de que a criança tem direito a viver num espaço familiar personalizado, com atenção individualizada e cuidadores de referência estáveis, que as instituições muitas vezes não conseguem proporcionar. Contudo, segundo o mesmo autor, o acolhimento familiar também poderá ter algumas desvantagens, como: a ocorrência de maus tratos na família de acolhimento, a mudança contínua de família, a inexistência do suporte (nível financeiro, acompanhamento técnico, médico ou educacional ou a falta de supervisão do processo). A acrescentar, pode haver um adiamento de uma decisão com carácter definitivo, para se concederem sucessivas oportunidades aos progenitores, bem como a quebra da relação entre a família de acolhimento e a criança, em caso de esta regressar para a família biológica ou de ser adotada. (Cruz, 2013)

Panorama da Adoção em Portugal

De acordo com o documento “*Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens, 2015*” foram caracterizadas, no ano de 2014, 10.903 crianças e jovens, das quais, 8.470 (77,7%) se encontravam em situação de acolhimento e 2.433 (22,3%) cessaram a situação de acolhimento. Menciona ainda que 6.327 (74,7%) crianças e jovens que se encontravam em situação de acolhimento iniciado em anos anteriores e 2.143 (25,3%) iniciado no ano em análise, sendo que destas se verifica terem sido alvo de procedimentos de urgência 452 crianças e jovens. (Instituto da Segurança Social, 2015)

No mesmo documento, confirma-se que o escalão etário dos 15 aos 17 anos é o que apresenta uma

maior proporção, com 137 jovens a entrarem com procedimento de urgência, seguido dos 0 aos 3 anos com 88 crianças e dos 6 aos 9 anos com 61 crianças. Quanto às crianças e jovens que cessaram a situação do acolhimento em 2014 (2.433), 767 (31,5%) tinham iniciado o acolhimento nesse ano e 1.666 (68,5%) tinham iniciado o acolhimento em anos anteriores comparativamente a 2.605 em 2013 (1.709 cessaram o acolhimento iniciado em anos anteriores e 797 cessaram o acolhimento iniciado nesse ano). (Instituto da Segurança Social, 2015)

Comparativamente com o ano anterior, verifica-se que em 2014:

- “8.470 crianças e jovens encontravam-se em situação de acolhimento (mais 25 do que em 2013), o que revela um aumento de 0,3% (em 2013 verificou-se uma redução de 1,3% face a 2012);
- 2.143 crianças e jovens iniciaram acolhimento em 2014, menos 110 do que no ano anterior, o que representa uma diminuição nas entradas de 4,9% no sistema de acolhimento (em 2013 registou-se uma diminuição de 1,6% face a 2012);
- 2.433 crianças e jovens cessaram o acolhimento (menos 73 do que o ano anterior), o que em termos percentuais representa uma diminuição de 2,9% face a 2013 (ano em que se assinalou uma diminuição de 3,3% face a 2012).” (Instituto da Segurança Social, 2015)

A Adoção por Famílias Monoparentais

O ciclo de vida de uma família tradicional é, resultante de uma união entre duas pessoas que se escolhem para formar um casal e que se comprometem numa relação que pretendem que se prolongue pelo tempo. Esta tipologia de famílias, tem vindo a torna-se cada vez menos frequente, uma vez que as famílias são cada vez mais “sofredoras” de processo de divórcio, de famílias reconstruídas, de famílias monoparentais e de famílias de adoção. (Fonte, 2004)

As famílias monoparentais são famílias em que apenas existe uma figura cuidadora responsável pela educação dos filhos, podendo ser este cuidador pai ou mãe. (Fonte, 2004)

De uma forma global, constatou-se que as motivações que se encontram na base do desejo de adoção pelas

famílias monoparentais, se prende pelo desejo de maternidade/paternidade, que advém de uma impossibilidade de ter filhos ou de simplesmente estarem motivados para querer dar uma vida feliz a uma criança que não a tem. (Fonte, 2004)

No entanto, só pode haver adoção quando houver motivos legítimos e quando a adoção trouxer vantagens reais para a criança ou jovem, quando não obrigar os outros filhos da pessoa que pretende adotar, a sacrifícios injustos e, sempre que for razoável supor que o adotante e a criança vão criar entre si laços semelhantes aos que existem entre pais e filhos. (Instituto da Segurança Social, 2014)

Neste âmbito importa ainda referir que a intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo, deve ter em consideração a **Prevalência da família**, ou seja, na promoção de direitos e na proteção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a sua adoção. (Lei n.º 147/99, 2015)

Uma das questões éticas que mais comumente se ouve falar, é o facto de as crianças terem direito a um pai e a uma mãe e que, sem um destes elementos, o seu desenvolvimento físico, mental e social se pode encontrar comprometido. Contudo, e de acordo com Fonte (2004), as crianças que são adotadas por famílias monoparentais não apresentam qualquer défice psicológico que possa estar relacionado com a falta de um segundo cuidador ou cuidadora, uma vez que estas conseguem colmatar a “falta” de uma segunda pessoa (homem ou mulher), através do estabelecimento de uma relação próxima com o cuidador ou cuidadora e com a família alargada, que se torna num suporte afetivo. (Fonte, 2004) A mesma autora defende ainda que, no geral, estas são crianças inteligentes e satisfatoriamente equilibradas, que vão progressivamente aumentando o seu desenvolvimento físico, psicológico e emocional.

Existe ainda uma grande preocupação e estigma da sociedade, relacionadas com o facto de a criança estar aos cuidados apenas do elemento do género masculino. Neste âmbito, e de acordo com Liliana Fonte (2004), *“um pai singular pode sê-lo de forma tão eficaz quanto uma mãe singular, assegurando-lhe tudo o que lhe é mais importante para o seu*

desenvolvimento...”. (Fonte, 2004, p. 3) A mesma autora acrescenta ainda que a questão não é a falta de um dos elementos, ou a criança ser criada por um elemento do género masculino, dado que a verdadeira preocupação é que os fatores mais importantes para que uma criança se desenvolva da melhor maneira estão relacionados com a qualidade da componente afetiva e com o tempo em que se investe na criança, bem como com a rede de apoio que ajuda o elemento cuidador a permitir à criança tudo aquilo que lhe é fundamental para o seu desenvolvimento pleno. (Fonte, 2004)

Várias são as questões bioéticas que surgem quando se discute uma adoção, entre as quais, os direitos que devem ser protegidos e que devem prevalecer ao longo deste processo, bem como as consequências físicas, psicológicas e sociais que este processo pode causar, não só à criança mas também ao indivíduo que deseja adotar.

É de realçar que, de acordo com o Artigo 36.º da Constituição da República Portuguesa, *“todos os indivíduos têm o direito de constituir família (...) em condições de plena igualdade”*.

O foco da questão é, aquilo que deve ser tido em conta, é que todas as decisões tomadas ao longo do processo de adoção, não podem pôr em causa o princípio da dignidade humana, da liberdade e da autonomia da pessoa (face ao plano de vida que traça) e que, neste âmbito, o princípio que deve prevalecer sempre é o do melhor interesse da criança. Este princípio, bem como os direitos de liberdade e igualdade, têm uma correspondência direta com a realização do princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que, falar em dignidade da pessoa humana significa e importa, antes de tudo, afirmar que todos *“os seres humanos são dotados da mesma dignidade.”* (Anequini, 2008)

O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana visa o tratamento humano igualitário naquilo que é essencial à natureza humana, bem como o respeito à diferença quanto ao pleno desenvolvimento de todas as potencialidades e necessidades humanas, que se podem apresentar como diferentes e plurais, dado que estão intimamente vinculados à diversidade dos valores que se manifestam nas sociedades democráticas contemporâneas. (Anequini, 2008)

Como tal, a questão que se coloca, e que analisaremos adiante, na Reflexão Crítica, é se um indivíduo deve ser alvo de estigma por desejar formar uma família, sem que exista na génese desta uma união entre um homem e uma mulher.

A Adoção por Casais Homossexuais

Na atualidade encontramos uma grande **diversidade de modelos familiares**, entre os quais a **configuração familiar homoparental**, que faz hoje parte de uma “paisagem social” que inclui diversos modos de relação afetiva. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013)

Entende-se por homoparentalidade “*a situação de uma família em que pelo menos um dos pais é homossexual e que exerce diariamente funções de cuidador da criança*”. (Pinto, 2014) Quando falamos em **famílias homoparentais** podemos estar a referir-nos a dois pais ou duas mães com filhos provenientes de relações heterossexuais anteriores, a apenas um pai ou mãe homossexuais e respetivos filhos, a casais homossexuais que adotaram uma criança ou que recorreram a métodos como a inseminação artificial para gerar uma criança. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013) A primeira configuração, isto é, dois pais ou duas mães com filhos provenientes de relações heterossexuais anteriores (dada a dificuldade que os casais homossexuais têm no acesso a formas de parentalidade biológica, adotiva ou por inseminação artificial), será a mais frequente. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013)

Dado que se assume socialmente que os diferentes géneros têm diferentes papéis rígidos no processo de parentalidade (que, por sua vez, se tornam basilares no desenvolvimento da criança), encontra-se cada vez mais presente o estigma social e a discriminação associados à homoparentalidade. (Pinto, 2014) A esta questão implícita, a Ordem dos Psicólogos Portugueses, no *Relatório de Evidência Científica Psicológica sobre Relações Familiares e Desenvolvimento Infantil nas Famílias Homoparentais* (2013), responde prontamente, que as crianças não precisam de um pai e uma mãe para crescerem saudáveis, uma vez que consideram que mais importante que a orientação sexual dos pais para o desenvolvimento da criança, é a qualidade das interações familiares no contexto em que a criança se encontra inserida. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013)

Muitas das ideias pré-concebidas foram testadas, dado que se punha em causa se os homossexuais seriam capazes de assumir funções parentais e se, conseqüentemente, estas funções parentais não afetariam de forma negativa o bem-estar e desenvolvimento das crianças. (Costa, Pereira, & Leal, 2012) Isto porque, uma das grandes preocupações relativamente à família homoparental relaciona-se com os convencionalismos relacionados com os papéis de pai e mãe, já que na sociedade atual determinado tipo de funções na educação dos filhos são tidas como sendo papel da mãe, enquanto que outras são vistas como funções a ser desempenhadas pelo pai. (Pinto, 2014)

Porém, as funções parentais mãe/pai, numa família composta por um casal do mesmo sexo podem ser executadas “*por qualquer um dos membros do casal, sem que isso faça dele homem ou mulher. Uma mulher ou um homem homossexual não ocupa lugar do sexo oposto pela sua orientação sexual ser o mesmo sexo*”. (Pinto, 2014, p. 23)

Dado o aumento do número de casais do mesmo sexo, casados ou unidos de facto, que constituem família e cujos filhos, biológicos ou adotados, crescem num contexto familiar desprovido de proteção jurídica adequada, surgiu em Portugal um Projeto de Lei 278/XII, que pretende dar uma resposta clara ao problema, destinando-se, assim, “*a oferecer um quadro jurídico mais seguro a situações residuais não solucionadas por institutos conhecidos como o da adoção*”. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015)

Em Portugal já era permitido o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo pelo n.º 1 da lei n.º 9/2010 de 31 de Maio e, desde dia 20 de Novembro de 2015, passa a ser permitida a adoção por parte de casais homossexuais. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015) Com a aprovação das iniciativas, serão eliminadas as restrições vedadas pelo artigo 3.º da Lei n.º 9/2010, de 31 de Maio e pelo artigo 7.º da lei 7/2001, de 11 de Maio, na lei 7/2001 e na lei 9/2010, respetivamente, à adoção de crianças por casais homossexuais em união de facto e por casados com cônjuges do mesmo sexo. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015)

A discussão do projeto lei n.º 278 XII, e agora a sua aprovação, que prevê a possibilidade de co-adoção por casais do mesmo sexo traduziu-se, na arena pública e social, num conjunto de perguntas sobre

estas realidades familiares, para as quais é necessário procurar respostas.

De entre estas perguntas, emergem perguntas tais como: “*Como vai ser educada uma criança por um homem gay? Num casal de pessoas do mesmo sexo, quem faz “de pai” e “de mãe”?* Como é que uma criança reage se o pai ou a mãe for transexual? Como será o desenvolvimento de uma criança que seja adotada por um casal homoparental?”. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015)

Nesta vertente, estudos demonstram que homens e mulheres homossexuais podem ser ou não, tão bons pais ou mães da mesma forma que homens e mulheres heterossexuais, dado que estes, para além serem igualmente bons pais, são também pais que apresentam estilos parentais e vivem **experiências de parentalidade** muito semelhantes às dos pais heterossexuais. (Zambrano, 2006) De acordo com Ceballos Fernández (2012) citado por Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013), as famílias homoparentais são um espaço seguro para a educação dos filhos, uma vez que a tipologia familiar não é um indicador válido para afirmar que um determinado contexto familiar é ou não apto para educar corretamente uma criança. Esta constata ainda que as famílias homoparentais representam, comparativamente a outros grupos familiares, a estrutura com o indicador mais elevado de qualidade do contexto familiar, revertendo essa qualidade em favor do desenvolvimento psicoafectivo das crianças. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013)

Estes estudos demonstram ainda que, a qualidade da relação entre pais e filhos não se relaciona com a orientação sexual dos mesmos, pois o que determina uma boa parentalidade é a capacidade de cuidar e a qualidade do relacionamento que se estabelece com os filhos, isto porque, mais importante para as crianças do que o género dos pais é a qualidade das interações diárias e a força das relações entre os pais. (Zambrano, 2006) No que diz respeito à diferença entre géneros, a criança poderá construir uma noção desta diferença entre os sexos através das suas relações sociais alargadas, uma vez que os modelos de feminino e masculino não se restringem apenas às figuras físicas de pai e de mãe. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013)

Para além destas questões, muitas outras são colocadas em causa, como é o caso da seguinte

questão: “*O ‘superior interesse da criança’, ou seja, o seu desenvolvimento psicológico, emocional e social saudável será posto em causa pela homoparentalidade?*”. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013) Esta é, simultaneamente, uma dúvida e um argumento frequentemente utilizados em desfavor da parentalidade em casais do mesmo sexo.

Todavia, os estudos realizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013), demonstram, de forma consistente, que as crianças educadas em contexto homoparental se desenvolvem tão bem como os seus pares em termos psicossociais. Estes estudos documentam e demonstram também, como as crianças criadas por pais ou mães homossexuais apresentam os mesmos resultados em diversas áreas psicológicas, não diferindo das crianças provenientes de famílias heterossexuais, uma vez que crianças criadas por pais do mesmo sexo têm um desempenho igual aos das criadas por pais heterossexuais, no que diz respeito ao seu desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicológico. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013)

De acordo com Gato & Fontaine (2010) existe uma maior predisposição para crianças adotadas por um casal homossexuais virem a manifestar uma preferência homossexual, uma vez que este foi o padrão segundo o qual cresceram e foram educados. (Gato & Fontaine, 2010) O estudo realizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013), discorda, uma vez mais, com o que a autora citada anteriormente refere, uma vez que afirma que as crianças adotadas por casais homossexuais não apresentam uma maior predisposição para a homossexualidade, pois estas, habituadas à presença de dois pais ou duas mães, irão eleger alguém muito próximo, provavelmente da sua família, para desempenhar o papel de figura paternal feminina ou masculina em falta. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013) Este ponto de vista é defendido também por outra autora, na medida em que existe uma quantidade abundante de crianças que anseia por uma família que lhes dê amor e, explicita também que as crianças sabem perfeitamente que um casal de homens ou de mulheres não é capaz de conceber um filho, contudo necessitam de uma explicação lógica da escolha tomada pelo casal, que deve ser realizada através de uma abordagem adequada à idade e maturidade emocional da criança. (Dias A. , 2004)

Para a maioria da sociedade este é ainda um assunto “tabu” e que provoca grandes discussões na sociedade. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015) Porém, há que ter em conta que existem diversos Princípios da Bioética que têm um papel fundamental na decisão humana, isto é, que *“estabelecem uma razão que impele o intérprete numa direção, mas que não reclama uma decisão específica, única”*. (Santos, 2001) Entre esses princípios, e para esta situação em específico, destaca-se o Princípio da Justiça, o Princípio da Igualdade, o Direito ao Livre Desenvolvimento da Personalidade, o Direito à Parentalidade e o Princípio do Superior Interesse da Criança, que devem ser tidos em conta em matéria familiar e parental, onde são incluídas as famílias homoparentais, que têm tantos direitos quanto as demais. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015)

A tomada de consciência e o exercício destes direitos, permitem que se perceba que se trata apenas de *“passar do singular para o plural, de reconhecer que a realidade é muito mais rica do que qualquer ficção baseada num modelo único: eis um passo fundamental para que todos possamos viver melhor”*. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015) Não nos podemos esquecer que as famílias e que os casais homoparentais são pessoas e que, por isso mesmo, partilham as mesmas vontades básicas dos restantes seres humanos: amar e ser amado, dar e receber, cuidar das suas famílias. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015)

Reflexão Crítica

A adoção despertou um interesse em nós porque sabemos que cada vez mais existem concepções distintas sobre o que é a família e porque, cada vez mais existe a formação de diferentes famílias, umas constituídas por um só elemento, outras constituídas por elementos do mesmo sexo. A formação destas novas famílias, tem sido cada vez mais uma prática recorrente na nossa sociedade, não só pelos possíveis problemas de infertilidade, mas também pelo pensamento vigente nas mulheres da nossa sociedade que colocam a carreira profissional em primeiro lugar, deixando o casamento e os filhos para segundo plano.

Aquando a escolha deste tema, ainda não tinha sido aprovado o Projeto de Lei 278/XII e, como tal, outra

das questões que nos despertou algum interesse, foi o facto de a legislação não abarcar a adoção por parte de famílias homoparentais e, o facto de estas famílias continuarem a ser estigmatizadas na sociedade atual, uma vez que os indivíduos que constituem esta mesma sociedade, consideram que a formação destas famílias prejudica o desenvolvimento social, psicológico, emocional e cognitivo das crianças.

Outro motivo que também nos suscitou especial interesse, foi o facto de sabermos que existem posições distintas relativamente à questão de institucionalização, uma vez que existem autores que consideram que a institucionalização prejudica o desenvolvimento da criança e do adolescente, pois viola seus direitos afastando-os do convívio familiar e, visto que existem outros autores que reafirmam a importância do papel que estas instituições desempenham. (Dias & Silva, 2012)

Questões envolvendo crianças e adolescentes despertam preocupação e, no caso de os adolescentes serem institucionalizados, maior será a preocupação. Isto porque, para os adolescentes institucionalizados, torna-se um grande desafio a vivência desta etapa do ciclo de vida (adolescência), uma vez que estes crescem longe da família, sem uma rede de proteção social integral para a transição para a maioridade, ou para fornecer oportunidades de trabalho no futuro. (Dias & Silva, 2012)

Deste modo, o conceito de proteção deve ser visto a partir de uma visão ampla, rompendo a ideia de fatores positivos e negativos. (Dias & Silva, 2012) Não deve ser esquecido que as crianças e adolescentes têm direito a conviver com sua família e com a comunidade e, como tal, as instituições devem assegurar a participação destas mesmas crianças em projetos que treinem sua trajetória futura e em ações que visem o fortalecimento das suas habilidades, aptidões, capacidades, fortalecendo sua autonomia. Apesar da legislação vigente que garante a prioridade dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, ainda vemos enraizados discursos e práticas repressivas e de exclusão por parte da sociedade. (Dias & Silva, 2012)

É neste âmbito que pode surgir a adoção, uma vez que esta pode ser a “escapatória” para muitas crianças, garantindo assim que estas têm um futuro, que têm amor e que podem integrar uma família, que

proporcione o seu crescimento e desenvolvimento de capacidades e de habilidades.

A adoção tem como principal objetivo realizar o superior interesse da criança. Este processo deve culminar em vantagens para a mesma e, dele deve resultar um vínculo de filiação entre o adotado e o adotante. Esta afirmação é também defendida por Dias A. (2004), uma vez que esta defende que a adoção não pode ser encarada apenas como um fenómeno operacional, isto porque não se trata de montar um sistema operacional que leve a localizar uma criança para torná-la filho. O filho adotivo não vem de fora, mas sim de dentro. Isto é, o filho que se adota é o filho que, afetivamente, é “gerado” na mente dos seus novos pais. (Dias A. , 2004)

Para nós mostra-se como pertinente clarificar que quem gera filhos é o progenitor, mas que, para que se atinja a condição de pais, é necessário mais do que gerar, pois é imprescindível e fulcral que se estabeleça uma relação afetiva. (Dias A. , 2004) Isto porque, é esta relação e vínculo afetivo, que proporciona uma acumulação de vantagens reais para a criança e que possibilita a criação de laços semelhantes aos que existem entre pais e filhos, entre o adotante e o adotado. (Instituto da Segurança Social, 2014) Não deve ser esquecido que, a criança adotada já experienciou diversos sentimentos, entre os quais, sentimentos de rejeição e que, por isso mesmo, a adoção deve garantir o seu bem-estar e garantir que os interesses desta são satisfeitos. (Dias A. , 2004)

Todos sabemos que o processo de adoção é um processo moroso, que exige um conjunto de regras e procedimentos que requerem bastante tempo. Na perspectiva do grupo, mostra-se como pertinente que estejam definidos os requisitos necessários para que um indivíduo ou casal, se constituam como candidatos disponíveis para a adoção, visto que tal procedimento assegura a existência de condições para iniciar este mesmo processo e, talvez, condições para que se mantenha uma relação equilibrada e estável, salvaguardando o bem-estar da criança. (Dias A. , 2004)

No que diz respeito à idade mais favorável para se adotar uma criança/jovem, o grupo considera que não se devem discriminar as crianças que se encontram no sistema mas que apresentam uma idade mais avançada, ou até mesmo que têm irmãos ou possuem

algum tipo de deficiência, dado que, para nós, o objetivo primordial se prende com um desenvolvimento mais saudável e equilibrado da criança, independentemente da sua idade.

No que respeita às famílias monoparentais, a questão que se coloca e que nos suscitou mais curiosidade foi o porquê de existir estigma e discriminação perante os indivíduos que desejam formar uma família sem que exista na génese desta, uma união entre um homem e uma mulher.

Após uma análise detalhada dos documentos encontrados sobre esta temática, o grupo considera benéfico para a criança a adoção por parte destas famílias, uma vez que de acordo com Fonte (2004), as crianças que são adotadas por famílias monoparentais não apresentam qualquer défice psicológico que possa estar relacionado com a falta de um segundo cuidador ou cuidadora, dado que estas substituem a falta de um dos elementos através do estabelecimento de uma relação próxima com o cuidador ou cuidadora e com a família alargada. (Fonte, 2004)

Relativamente à questão de a criança estar ao cuidado apenas de um dos elementos, e de este ser do sexo masculino, o grupo considera que a preocupação não deve permanecer neste ponto, uma vez que aquilo que verdadeiramente nos preocupa e que realmente interessa é a qualidade da componente afetiva e o tempo em que se investe na criança, bem como a rede de apoio que ajuda o elemento cuidador a permitir à criança tudo aquilo que lhe é fundamental para o seu desenvolvimento.

O que consideramos deveras importante e o que deve prevalecer é o princípio da dignidade humana, que defende que todos os seres humanos devem ser tratados de forma igualitária e que, por isso mesmo, devem ser respeitadas as diferenças e o pluralismo do desenvolvimento de cada indivíduo. Aliado a este princípio, nós consideramos ainda que deve prevalecer o Princípio do Melhor Interesse da Criança, uma vez que uma consequência imediata deste princípio é o reconhecimento jurídico da paternidade afetiva, capaz de proporcionar ao menor a realização dos direitos fundamentais da pessoa humana.

É um facto que a criança que é adotada por um pai “solteiro”, isto é, por um pai que deseje constituir uma família monoparental, pode ser alvo de constrangimentos e discriminações no meio social

apesar de todo o amadurecimento e esclarecimento sobre a questão. No entanto, ainda assim, tendo em conta a perspectiva de diversos autores, o grupo considera que será melhor a colocação nessas famílias do que a permanência em instituições, uma vez que a convivência num ambiente familiar permite que a criança desenvolva a sua individualidade e cidadania.

No que diz respeito à adoção por casais homossexuais, é notório que existe uma fragmentação a propósito de temas fortemente problemáticos na sociedade atual (que se afirma pluralista e democrática). Enquanto autoras do artigo, concordamos com os autores acima citados quando referem que a relação homossexual não se sustém somente pela vertente sexual, mas também pela existência de um vínculo emotivo. No entanto, atualmente em Portugal, vivemos numa sociedade onde reina o preconceito e que, desta forma, não está preparada para aceitar a adoção por casais homossexuais.

Quando nos propusemos a realizar este artigo, tal como já foi explicitado, ainda não tinha sido aprovado em Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 278/XII e, o grupo ainda não tinha realizado uma pesquisa sobre os malefícios/benefícios de uma adoção por casais do mesmo sexo, o que fez com que receássemos que as crianças pudessem sofrer uma discriminação resultante da família em que se encontravam inseridas, podendo estas mesmo não desejar ter uma família constituída por pais do mesmo sexo. Isto porque, no nosso entender, a criança já sofre bastante somente pelo fato de se encontrar à espera de ser adotada, bem como pelos tempos de espera que este processo acarreta e, portanto, considerávamos desnecessário sujeitar também a criança a esse risco de discriminação, ainda que fosse meramente uma hipótese. Todavia e, com o decorrer da pesquisa, o grupo percebeu que tanto a investigação científica como as academias de profissionais das mais diversas áreas (como a Pediatria, Medicina, Psicologia e Serviço Social, entre outras) afirmam, sem margem para dúvida, que as crianças criadas por famílias homoparentais têm um desenvolvimento emocional e social em tudo semelhante ao das crianças que integram as restantes famílias. (Projeto de Lei n.º 278/XII, 2015)

Os resultados das investigações psicológicas apoiam a possibilidade de co-adoção por parte de casais homossexuais, uma vez que não encontram diferenças relativamente ao impacto da orientação sexual no desenvolvimento da criança e nas competências parentais. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013)

De acordo com a fonte citada anteriormente, as crianças e adolescentes de famílias homoparentais não diferem significativamente das crianças e adolescentes de famílias heteroparentais no seu bem-estar, assim como em nenhuma dimensão do desenvolvimento psicológico, emocional, cognitivo, social e sexual, visto que estes investigadores consideram que um desenvolvimento saudável não depende da orientação sexual dos pais, mas sim da qualidade da relação entre pais e filhos e dos vínculos de afeto seguros que se estabelecem entre eles. A Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013), afirma ainda que os homossexuais, tal como os heterossexuais, possuem as competências parentais necessárias para educar uma criança, podendo oferecer-lhe um contexto familiar afetuoso, saudável e potenciador do seu desenvolvimento.

Desta forma, consideramos que as decisões sobre a vida das crianças institucionalizadas sejam tomadas tendo em conta a qualidade das suas relações com os pais e não com base na orientação sexual dos mesmos. Isto permite que, seja reconhecido o direito de as crianças saberem que as suas relações com os pais (ou com os indivíduos que desempenham essas funções parentais) são estáveis e legalmente reconhecidas.

Com base na dimensão do princípio da dignidade da pessoa humana, que confere a todo o ser humano o privilégio de se autodeterminar como pessoa e como sujeito de sua própria existência, nós consideramos que é essencial que exista o reconhecimento e a promoção do respeito à orientação sexual como direito personalíssimo, direito este que é assegurado implicitamente pela aplicação do princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana. Ainda neste âmbito, consideramos que, pelo dever de não-discriminação, que é atribuído pelo direito constitucional à igualdade, a não-concessão da adoção somente por conta do adotante ter orientação homossexual constitui-se numa discriminação que a lei, atualmente, proíbe.

A opção sexual não pode ser elemento depreciativo ou valorativo para a desqualificação da pessoa. Portanto, diante da constatação de entidades formadas por pais homossexuais e pelos seus filhos, importa a reflexão sobre qual é o papel do direito frente a essas novas formas de organização familiar, na medida em que *“à ciência jurídica é dado o dever de regular a problemática social, não tendo tal ciência o poder de ignorar perenemente fatos que aos poucos vão a ela se impondo”*. (Anequini, 2008)

A questão da igualdade é uma preocupação permanente do direito, pois está intimamente ligada ao próprio sentido de justiça e, como tal, não há como se negar a quem possui identidade homossexual os mesmos direitos concedidos aos heterossexuais, unicamente por causa da opção sexual. (Anequini, 2008) Enquanto estudantes e tendo em conta os ensinamentos que nos são realizados ao longo do curso de enfermagem, não nos parece sustentável, sob o ponto de vista ético e também jurídico, que se negue o direito à formação de uma família, tanto a uma criança como a um indivíduo ou casal homossexual, somente devido à orientação sexual destes. No entanto, antes de se chegar a qualquer conclusão, é necessário dizer, primeiramente, que o conflito entre os princípios constitucionais do melhor interesse da criança e do direito à igualdade só vai eclodir caso fique comprovado que o desempenho da maternidade/paternidade por homossexuais pode trazer malefícios para o menor, caso contrário não há conflito entre esses dois princípios. Como tal, mostra-se como pertinente que se realize uma avaliação caso a caso, de forma a que as crianças não sejam prejudicadas, uma vez que são estas o alvo da nossa preocupação e intervenção.

Considerações Finais

A adoção tem como principal objetivo realizar o superior interesse da criança e, como tal, este processo deve culminar em vantagens para a mesma e, dele deve resultar um vínculo de filiação entre o adotado e o adotante.

Ao longo de todo o artigo foram emergindo algumas questões éticas que se relacionam com as concepções distintas sobre o que é a família, que se prendem com a formação de diferentes famílias, das quais fazem parte as famílias monoparentais ou constituídas por elementos do mesmo sexo.

Neste âmbito, e tendo em conta todos os aspetos referidos, concluímos que não devem existir conflitos entre os princípios constitucionais do melhor interesse da criança e do direito à igualdade, dado que se comprovou, através de diversos estudos que foram realizados, que uma família monoparental ou formada por elementos do mesmo sexo não tem implicações a nível psicológico e emocional da vida de uma criança. Desse modo, o grupo considerou que não é sustentável, sob o ponto de vista ético e também jurídico, que se negue o direito à formação de uma família, tanto a uma criança como a um indivíduo que deseja formar família sozinho ou com um parceiro do mesmo sexo, somente devido à orientação sexual destes, ou devido ao género do cuidador que tenciona adotar uma criança.

Concluímos também que o processo de adoção ainda não consegue responder a todas as necessidades, uma vez que existem muitas crianças institucionalizadas e dado que se trata de um processo bastante burocrático e reconhecidamente lento.

Referências

- Anequini, F. (2008). Adoção por Casais Homossexuais . LINS – SP. Obtido em 09 de dezembro de 2015, de <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/47543.pdf>
- Centro de Estudos Judiciários. (Abril de 2015). *Adoção*. Obtido em dezembro de 2015, de <http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Adocao.pdf>
- Costa, P., Pereira, H., & Leal, I. (2012). Homoparentalidade: o estado da investigação e a procura da normalização. *PSICOLOGIA*, 26, pp. 55 - 69. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v26n1/v26n1a04.pdf>
- Cruz, M. (Outubro de 2013). *Adoção de crianças mais velhas: Espera, Transição, Adaptação e integração*. Obtido em 20 de Novembro de 2015, de Estudo Exploratório: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72448/2/92385.pdf>
- *Decreto-Lei n.º 47 344* . (25 de Novembro de 1966). Obtido de http://www.dgpj.mj.pt/sections/leis-da-justica/pdf-leis/dl-47344-1966/downloadFile/file/DL_47344_1966.pdf?nocache=1182950433.0
- Dias, A. (2004). *Adoção: Uma reflexão sobre aspetos éticos, sociais e relacionais associados*, *Cadernos de Bioética*. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. Obtido em 09 de Dezembro de 2015
- Dias, M., & Silva, R. d. (2012). O histórico de institucionalização de crianças e adolescentes. *Tuiuti: Ciência e Cultura*, pp. 177 - 188. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de http://www.utp.br/tuiuticienciaecultura/ciclo_4/tcc_45_Mestrados/pdfs/art10_maria_sara.pdf

- Ferreira, A. (2009). *Evolução e Caracterização dos processos de adoção no Centro Distrital de Coimbra nos últimos 10 anos*. Obtido em 20 de Novembro de 2015, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11908/1/ANDREIADISSERTA%C3%87%C3%83O1.pdf>
- Fonte, L. (2004). *Novas Famílias - A monoparentalidade e a Adopção*. Maia. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0045.pdf>
- Gato, J., & Fontaine, A. M. (2010). Desconstruindo Preconceitos sobre a Homoparentalidade. *LES Online*, 2, pp. 14 - 21. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de <http://www.lespt.org/lesonline/index.php?journal=lo&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=34&path%5B%5D=33>
- Gonçalves, J., Moreira, E., Trindade, E., & Fiates, G. (2013). Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatr.*, pp. 96-103. Obtido em 07 de Novembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/17.pdf>
- Instituto da Segurança Social. (28 de Novembro de 2014). *Guia Prático – Adoção*. Obtido em 19 de Novembro de 2015, de <http://www4.seg-social.pt/documents/10152/14984/adocao>
- Instituto da Segurança Social. (Abril de 2015). *CASA 2014 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das*. Obtido em 19 de Novembro de 2015, de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13326/Relatorio_CASA_2014
- Lei n.º 147/99. (2015). *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo*. Lisboa. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=545&tabela=leis&so_miolo=
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (Julho de 2013). *Relatório de Evidência Científica Psicológica sobre Relações Familiares e Desenvolvimento Infantil nas Famílias Homoparentais*. Lisboa. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/relatorio_de_evidencia_cientifica_psicologica_sobre_as_relacoes_familiares_e_o_desenvolvimento_infantil_nas_familias.pdf
- Pinto, A. V. (2014). *Pensar a HOMOPARENTALIDADE... A partir das atitudes de diferentes profissionais relativamente à parentalidade homossexual*. Porto. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4305/1/DM%20Andreia%20Vaz%20Pinto.pdf>
- Projeto de Lei n.º 278/XII. (2015). Lisboa. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c336470626d6c7561574e7059585270646d467a4c31684a535339305a58683062334d76634770734d6a63344c56684a5353356b62324d3d&fich=pjl278-XII.doc&Inline=true>
- Salvaterra, F., & Verissimo, M. (2008). *A Adoção: o direito e os afetos. Caracterização das famílias adotivas do Distrito de Lisboa*. Obtido em 20 de Novembro de 2015, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n3/v26n3a11.pdf>
- Segurança Social. (20 de Novembro de 2014). *Adoção*. Obtido de Segurança Social: <http://www4.seg-social.pt/adopcao-internacional>
- Zambrano, E. (Julho/Dezembro de 2006). Parentalidades "Impensáveis": Pais/Mães Homossexuais, Travestis e Transexuais. *Horizontes Antropológicos*, pp. 123 - 147. Obtido em 09 de Dezembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a06v1226.pdf>



<https://pixabay.com/en/bench-flower-notebook-pen-wooden-1289528/>

Questões bioéticas relacionadas com os embriões excedentários resultantes das Técnicas de Procriação Medicamente Assistida

Bioethical Issues Related With Resultant Surplus Embryos of Medically Assisted Procreation Techniques

Artigo elaborado por Ana Carina Costa e Patrícia Sousa.
Revisão Lucília Nunes.

Resumo

As técnicas utilizadas na Procriação Medicamente Assistida têm proporcionado a possibilidade de ser pais aos casais que não o conseguiriam ser de outra forma, no entanto, estas técnicas levantam importantes questões bioéticas relacionadas com os embriões excedentários.

No final do ano 2013, existiam em Portugal 19.406 embriões criopreservados, na origem deste número estão principalmente as hiperestimulações ovárias que resultam na produção de embriões num número muito superior ao que se prevê utilizar. O presente artigo de revisão bibliográfica aborda a bioética e o início de vida, as técnicas da PMA, princípios e dilemas éticos subjacentes, a legislação que regulamenta a prática destas técnicas, o estatuto do embrião discutido do ponto de vista ético, jurídico, ontológico e biológico, o destino a ser dado aos embriões excedentários e os diferentes argumentos de diversos autores, no que diz respeito às questões bioéticas relacionadas com os embriões excedentários.

Palavras-chave: Bioética; Embriões excedentários; Procriação Medicamente Assistida

Abstract

The techniques used in Medically Assisted Procreation have provided the possibility of being parents to couples that would be able to be parents otherwise, however, these techniques raise important Bioethical issues related to surplus embryos. At the end of 2013, there were 19,406 cryopreserved embryos in Portugal, at the origin of this number were especially ovarian hiperestimulações that result in the production of embryos in a much higher number than that envisaged. In this sense the present literature review article discusses bioethics and the beginning of life, the techniques of PMA, principles and underlying ethical dilemmas, the legislation governing the practice of these techniques, the status of discussed embryo from an ethical point of view, legal, ontological and biological destiny to be given the surplus embryos and finally the different arguments of several authors, with regard to bioethical issues related to surplus embryos.

Key Words: Bioethics; Surplus embryos; Medically Assisted Procreation

Introdução

As técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) implicam a manipulação dos elementos de reprodução humana para obter uma gravidez; no entanto da estimulação ovária resultam vários óvulos e portanto também a produção de embriões num número superior ao que se prevê utilizar - estes denominam-se embriões excedentários e levantam importantes questões éticas discutidas por diversos autores. Entendemos pertinente realizar um artigo de revisão bibliográfica sobre as questões bioéticas relacionadas com os embriões excedentários resultantes das técnicas de PMA, pelo facto de não existir um consenso relativamente ao estatuto do embrião e por existir uma problemática relevante no que diz respeito ao número de embriões

criopreservados em todo o mundo. Em Portugal, no final do ano de 2013, foram contabilizados 19.406 embriões criopreservados que aguardavam a decisão sobre o seu destino. (CNPMA, 2014). Assim, os objetivos deste artigo envolvem identificar a situação problemática e os princípios bioéticos subjacentes, conhecer os argumentos dos autores e refletir criticamente sobre estes.

Enquadramento Teórico

Importa esclarecer o que é a PMA, qual a legislação existente e o estatuto do embrião.

O que é a PMA?

Como vem descrito no Relatório - PMA elaborado pelo CNECV (2004), várias são as técnicas existentes, entre elas: (Santos, Renaud, & Cabral, 2004)

- Inseminação Artificial (IA);
- Fecundação *in-vitro* e transferência de embriões para o útero;
- Transferência tubar de gâmetas (GIFT), de zigotos (ZIFT) ou de embriões (TET)
- Fecundação Assistida;
- Clonagem Reprodutiva.

Todas estas técnicas pressupõem a manipulação dos elementos de reprodução humana com fim de gerar uma gravidez quando já houve falhas anteriores na tentativa de engravidar de forma natural, é importante salientar que se trata de métodos subsidiários, e não alternativos, de procriação. Todos os embriões não utilizados, ou seja, não transferidos para o útero materno, são obrigatoriamente criopreservados numa fase inicial do seu desenvolvimento (usualmente ao terceiro dia). (Rocha, 2014)

Contudo surgem vários dilemas éticos perante a prática destas técnicas, um dos grandes problemas éticos da criopreservação passa pela alteração da dinâmica familiar, por exemplo, o nascimento de uma criança proveniente de um embrião criopreservado pode ultrapassar o período de vida dos seus progenitores. (Rocha, 2014)

Fala-se de uma violação ao direito da inviolabilidade humana no que diz respeito à destruição dos embriões, de outro modo, a experimentação utilizando os embriões viola o direito da inviolabilidade física. Após 3 anos, caso não sejam utilizados, estes embriões excedentários poderão ser destruídos, no entanto, visto que ao fim deste tempo se podem encontrar sem projeto parental. Se for este o desejo do casal procriador, a investigação científica pode ser um destino útil e poderá contribuir para grandes progressos no campo da medicina. (Rocha, 2014) Com o objetivo de aumentar a eficácia das técnicas de PMA, os profissionais de saúde noutros países começaram a criar mais embriões do que aqueles que poderão futuramente ser implantados. Em Portugal, a criação destes embriões excedentários é considerada um efeito não desejado e não um fim intencionalmente procurado. (Rocha, 2014)

A criopreservação dos embriões não utilizados levanta claramente questões relacionadas com os princípios da dignidade da pessoa humana e do direito que o

embrião tem de não ser utilizado como “coisa”. Esta técnica pode ser interpretada por duas perspetivas: por um lado, tem em conta a situação parental, um estado de saúde da mulher que não a permite engravidar naturalmente, a morte ou ainda a separação judicial dos conjugues, por outro lado o embrião passa a ser algo que está armazenado durante tempo indefinido. Desta forma, outro dos problemas que se apresenta é a inversão de valores, a liberdade da autonomia da vontade dos pais em contraposição ao embrião para decidir sobre a sua sobrevivência. (Rocha, 2014)

Que Legislação Existe?

Segundo Santos, Renaud, & Cabral (2004) em Setembro de 1986, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, sugeriu a todos os Estados membros que definissem quais os termos a respeitar na aplicação das técnicas de procriação medicamente assistida. Recomendação esta que foi seguida pela generalidade dos legisladores que, na sua maioria, regulamentou a utilização das referidas técnicas e criminalizou certas práticas julgadas contrárias à dignidade e à liberdade da pessoa humana.

Sendo assim, podem ser reguladas as matérias: (Santos, Renaud, & Cabral, 2004)

- Condições de acesso à procriação medicamente assistida às técnicas admitidas, e as circunstâncias que devem rodear a respetiva utilização;
- Determinação dos estabelecimentos autorizados a utilizar tais técnicas e quais as pessoas qualificadas para as realizarem;
- Dever de informar os beneficiários ao dever de sigilo que deve proteger estes, do recurso a estas técnicas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde à criação de um registo de dados relativo aos processos de procriação medicamente assistida.

Na lei nº32/2006 publicada a 26 de Julho encontram-se legisladas as seguintes técnicas de PMA: Inseminação artificial; Fertilização *in vitro*; Injeção intracitoplasmática de espermatozoides; Transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; Diagnóstico genético pré-implantação; Outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias. (Lei n.º 32/2006)

As técnicas de PMA, segundo a Lei nº32/2006 de 26 de Julho, como descrito no Artigo 3º, devem respeitar a dignidade humana, sendo proibida a discriminação com base no património genético ou no facto de se ter nascido por estas técnicas. Pela mesma lei, como dita o Artigo 4º, só se devem utilizar técnicas de PMA quando perante um diagnóstico de infertilidade ou tratamento de doença grave ou risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras. (Lei n.º 32/2006)

No Artigo 5º da mesma lei, vem descrito os centros autorizados e pessoas qualificadas para a realização da PMA, estas só poderão ser aplicadas em centros públicos ou privados expressamente autorizados para o efeito pelo Ministro da Saúde. Já no Artigo 6º encontramos as condições necessárias para se beneficiar destes serviços, como por exemplo: casal casado, de sexo diferente, ser-se maiores de 18, etc. (Lei n.º 32/2006)

Na lei encontram-se ainda descritas as finalidades proibidas, segundo o Artigo 7º é proibido a clonagem reprodutiva tendo como fim a criação de seres humanos geneticamente idênticos, é proibido a alteração de características do nascituro como a escolha do sexo (excetuando quando existe o risco de doença genética ligada ao mesmo), não é legal a fazer uso da PMA para a criação de quimeras ou híbridos e é proibida a aplicação das técnicas de diagnóstico genético pré-implantação em doenças multifatoriais onde o valor preditivo do teste genético seja muito baixo. No Artigo 9º percebe-se que é ainda proibida a criação de embriões com o objetivo deliberado da sua utilização na investigação científica, é por outro lado, permitida investigação científica em embriões com o objetivo de prevenção, diagnóstico ou terapia de embriões, de aperfeiçoamento das técnicas de PMA, de constituição de bancos de células estaminais para programas de transplantação ou outra finalidade terapêutica. (Lei n.º 32/2006)

No que diz respeito aos Embriões Excedentários grande parte das leis não refere o número de embriões a criar/transferir para a PMA. Porém, países como a Alemanha e Espanha proibem a transferência de mais de três embriões por cada ciclo, excluindo, igualmente, a fecundação de mais de três ovócitos a serem

transferidos no mesmo ciclo. Importa resolver o problema grave dos embriões restantes, cuja existência em número excessivo revela a desnecessidade da sua criação, do mesmo modo que suscita problemas éticos graves relacionados com a sua respetiva destruição. (Santos, Renaud, & Cabral, 2004)

Bioética e o Início de Vida

Segundo Barchifontaine a "*Bioética é ética*", permite refletir sobre valores, exige liberdade para se fazer opção, humildade para se respeitar a divergência. Ainda de acordo com o mesmo autor, a bioética pode ser definida como uma ferramenta de reflexão e ação, a partir de "*três princípios: autonomia, beneficência e justiça*". É uma disciplina na área da saúde que procura estabelecer uma relação social entre sociedade, cientistas, profissionais da saúde e governos. Trata-se também de um crescente movimento social "*preocupado com a biossegurança e o exercício da cidadania, diante do desenvolvimento das biociências*". A bioética procura recuperar a dignidade da pessoa humana e a qualidade de vida. (Barchifontaine, 2010)

De acordo com Filho (2009), a dignidade da pessoa exige, incondicionalmente, o respeito pelos seus direitos, tal como está descrito no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos: "*Os direitos humanos são a expressão direta da dignidade da pessoa humana, a obrigação dos Estados de assegurarem o respeito que decorre do próprio reconhecimento dessa dignidade*". (Barchifontaine, 2010, p. 45)

Recentemente num documento promovido pela AMADE (Associação dos Amigos da Criança) e pela UNESCO (*United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization*), citado por Silva & Silva (2004), é realizada uma declaração em que se faz referência à dignidade do embrião "*O respeito pela dignidade do embrião formado in vitro para fins de procriação, em caso de infertilidade do casal, ou para evitar a transmissão de doença de particular gravidade, e em seguida do feto, deve ser assegurado*." (Silva & Silva, 2004, p. 14)

Colocam-se então algumas questões relacionadas com o início da vida humana e a partir de quando deve ser respeitada a dignidade do embrião, são diversos os autores que discutem estas questões. Segundo Filho (2009) a vida humana refere-se a “*qualquer célula ou conjunto de células cujo patrimônio genético seja, na sua quase totalidade, de origem humana*” (Filho, 2009, p. 226). De acordo com Biscaia (2000) e Kurjak (2003), citados por Silva & Silva, a vida humana é um processo contínuo iniciado pela formação do zigoto, após união singâmica dos conteúdos genéticos, ou seja do óvulo e do espermatozoide. No entanto, não existe um conceito de embrião unanimemente aceite, nem um consenso em relação a muitas destas questões. (Silva & Silva, 2004)

Estatuto do Embrião

Atribuir um estatuto ao embrião tem como principal finalidade descrever a forma como a sociedade entende o mesmo, emergindo diversas perspetivas, como e apresentam brevemente a seguir.

Estatuto Ético

De acordo com Teixeira e Oliveira, citado por Rocha (2014) o embrião deve ser sempre respeitado, tal como qualquer ser humano, na sua dignidade pois o valor do ser humano é inerente a si próprio, não dependendo do seu estado de desenvolvimento.

Tal como descrito pelo princípio da dignidade, o embrião é um fim em si próprio, e assim se utilizado para investigação passa a ser objeto da experimentação e perde a sua dignidade. Por outro lado, a sua destruição também constitui uma instrumentalização que não respeita a sua dignidade. (Rocha, 2014)

Segundo o princípio da beneficência devem ser atendidos os interesses importantes e legítimos dos indivíduos/pessoas, neste caso do embrião, deve-se ter em conta não só o interesse do embrião como também a investigação que irá permitir novos recursos terapêuticos. (Rocha, 2014)

O princípio da não maleficência consiste em não prejudicar, não causar danos e minimizar prejuízos, seguindo esta linha podemos concluir que o bem de

uns não justifica a morte de alguns indivíduos da mesma espécie ainda que sejam apenas embriões. Contrariamente, também há quem possa defender que o bem de todos pode justificar o uso de embriões em investigação quando estes estão sem projeto parental e, conseqüentemente, sujeitos à destruição. (Rocha, 2014)

Já o princípio da vulnerabilidade alega que a investigação científica tem obrigatoriamente que respeitar a vida humana principalmente a vida dos mais vulneráveis, nos quais está inserido o embrião. (Rocha, 2014)

Finalmente, os embriões podem ter um estatuto moral de um tecido humano, por este prisma a investigação seria autorizada se fosse garantido que não existiria abuso da dignidade humana. Em alternativa, a investigação pode ser uma opção à destruição dos embriões excedentários, e ajudar simultaneamente a contribuir para o progresso do conhecimento terapêutico. (Rocha, 2014)

Estatuto Jurídico

Segundo Rocha (2014) para quantificar juridicamente o embrião tem de se entender em qual das categorias este se integra: coisa, vida humana ou pessoa. É possível de utilizar em investigação científica se o embrião foi qualificado como coisa, caso seja considerado vida humana merece respeito e proteção mas não tem quaisquer direitos e por último se considerado pessoa, são-lhe atribuídos direitos e a sua utilização em investigação terá os seus limites delineados.

Na investigação são colocados em causa princípios como o da inviolabilidade da vida humana, respeito pela dignidade de cada ser, o consentimento informado e a relação equilibrada entre benefício e risco. Ao defender que embriões humanos podem ser usados para fins de e, conseqüentemente, destruídos está a estabelecer-se uma diferença entre aqueles que estão destinados a ser pessoas e os que terão como fim constituição de material biológico. (Rocha, 2014)

Como já referido anteriormente, em Portugal, a lei proíbe a utilização em embriões para fins de investigação científica, excetuando-se quando perante situações especiais também já referidas. Rocha (2014)

refere ainda o Código Civil, Artigo 66º no qual consta que a personalidade é adquirida no momento do nascimento completo e com vida.

Estatuto Ontológico

Ao ser humano é devido respeito desde o primeiro momento da sua existência e ao longo de todas as fases de desenvolvimento. Não podendo ser confundidas as características de “ser” do zigoto com “pessoa”, sendo que o zigoto é humano pois pertence biologicamente à espécie. No entanto nem todas as entidades biológicas que pertencem à espécie humana são pessoas humanas. (Rocha, 2014)

Estatuto Biológico

Existe quem defenda que desde que ocorre a concepção inicia-se a vida humana sendo que esta é contínua e progressiva até à morte, e de facto a genética demonstra com evidência que desde a fusão dos 2 gâmetas, o novo ser já tem atributos e características próprias bem determinadas, transmitidas pelos progenitores. (Rocha, 2014)

Destino dos Embriões Excedentários

Os embriões excedentários resultantes das técnicas de PMA, advêm normalmente da produção de embriões num número superior ao que se prevê utilizar, aproveita-se a estimulação ovárica que precede o processo e que conduz à produção de vários óvulos, ficando embriões de reserva para tentativas futuras e portanto evita-se o trauma que a repetição dessa estimulação, em caso de falha, provoca na mulher. (Ascensão, 2007)

De acordo com os dados que constam no Relatório Referente à atividade desenvolvida pelo CNPMA no ano de 2013, no final desse mesmo ano, o total de embriões criopreservados era de 19.406, destes apenas 32 foram doados a outros casais e 398 foram descongelados e eliminados. (CNPMA, 2014)

Tal como já foi referido em Portugal, relativamente a este assunto, encontra-se em vigor a Lei n.º 32/2006 de 26 de Julho sobre Procriação Medicamente Assistida, que contempla o destino a ser dado a estes embriões. De acordo com esta, no Artigo 25.º do Capítulo IV, está descrito: “1 - Os embriões que, nos

termos do artigo anterior, não tiverem de ser transferidos, devem ser criopreservados, comprometendo-se os beneficiários a utilizá-los em novo processo de transferência embrionária no prazo máximo de três anos”. (Lei n.º 32/2006)

De acordo com Diamond (1998), citado por Gaspar (2004) calcula-se que através da criopreservação, os embriões possam ser armazenados sem qualquer perigo durante um período que pode ir até cinquenta anos. Segundo McGleenan (2000), citado pelo mesmo autor, na Áustria o limite para a criopreservação de embriões é de um ano, em França até cinco anos, sob a condição de os pais renovarem o seu consentimento todos os anos. Na Finlândia, os embriões podem ser criopreservados até 15 anos. E inúmeras legislações como a de Inglaterra e de Espanha, fixaram o prazo de 5 anos. (Gaspar, 2004)

Em Portugal, passado o prazo máximo de três anos, a Lei permite a doação dos embriões a outro casal, de acordo com n.º 4 e 5 do art. 25.º, colocando a ressalva de que a doação só pode acontecer mediante o consentimento dos beneficiários originários ou do que seja sobrevivente, sendo que o n.º 1 do art. 14.º contempla que os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável. Tal como referido no nº4 e 5 do art. 25.º, não ficam sujeitos à criopreservação os embriões cuja caracterização morfológica não indique condições mínimas de viabilidade e caso os embriões excedentários não possam ser envolvidos num projeto parental podem ser utilizados para investigação científica. (Lei n.º 32/2006)

No entanto, tal como já referimos, a investigação científica não é de todo o objetivo pretendido nas técnicas de PMA e por isso a Lei em vigor integra logo no Capítulo I a investigação com recurso a embriões, sendo que esta levanta importantes questões éticas. De acordo com o n.º 1 do art. 9.º “*É proibida a criação de embriões através da PMA com o objectivo deliberado da sua utilização na investigação científica*”. (Lei n.º 32/2006, 2006) Sendo que estes embriões poderão ser utilizados em investigação científica em algumas situações: “2 - *É, no entanto, lícita a*

investigação científica em embriões com o objectivo de 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.” Nestas situações aplica-se o disposto no n.º3 deste artigo, o recurso a embriões para investigação científica só pode ser permitido desde que daí possa resultar benefício para a humanidade, dependendo cada projeto científico da apreciação e decisão do Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida. (Lei n.º 32/2006)

Ainda no n.4 do art.9.º, são descritos quais os embriões que poderão ser utilizados para investigação científica, são estes: “a) *Embriões criopreservados, excedentários, em relação aos quais não exista nenhum projecto parental; b) Embriões cujo estado não permita a transferência ou a criopreservação com fins de procriação; c) Embriões que sejam portadores de anomalia genética grave, no quadro do diagnóstico genético pré-implantação; d) Embriões obtidos sem recurso à fecundação por espermatozóide.*” Sendo que, de acordo com o disposto no n.º 5 do mesmo art., o recurso aos embriões nas condições das alíneas a) e c), depende da obtenção de prévio consentimento dos beneficiários aos quais se destinavam. (Lei n.º 32/2006)

Segundo Kääriäinen, H. *et al* (2005), citado por Guise (2011), na Irlanda, a Oitava Emenda Constitucional, a 7 de Outubro de 1983, proibiu em absoluto a investigação em embriões, na Alemanha, a legislação em matéria de investigação em embriões só permite estudos de investigação que efetivamente beneficiem o embrião e que tenham por objetivo a gravidez. Outros países como a Finlândia, Grécia, Espanha e Suécia, durante os primeiros 14 dias de desenvolvimento embrionário é permitido realizar alguns tipos de investigação em embriões. (Guise, 2011)

É ainda importante referir que, de acordo com a Lei em vigor em Portugal é proibida a compra ou venda de óvulos, sémen ou embriões ou de qualquer material biológico decorrente da aplicação de técnicas de PMA,

tal como descrito no artigo 18.º do Capítulo II. (Lei n.º 32/2006)

De acordo com o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) no Relatório referente à atividade dos anos 2007 e 2008, citado por Guise (2011), os embriões que, mesmo após autorização dos pais para doação, não tenham nenhum casal e/ou projeto de investigação científica, podem ser descongelados e eliminados de forma a não prolongar indefinida e injustificadamente a sua criopreservação, segundo determinação do diretor do centro clínico. Propõe ainda que desde que fundamentado, o prazo de criopreservação seja alargado por mais três anos, nos casos em que o casal ou algum dos seus membros, não consinta a doação de embriões excedentários para terceiros, nem a sua utilização para fins científicos, findo o período máximo de três anos previsto na Lei, os embriões serão descongelados e eliminados. (Lei n.º 32/2006)

Segundo Gaspar (2004) “*em Inglaterra, dois terços dos embriões criopreservados depois de fertilização in vitro (FIV) são destruídos*”. (Gaspar, 2004, p. 12). Num estudo publicado em 15 de Abril de 2000 no *The Lancet*, o investigador inglês B.A. Lieberman e seus colaboradores, do *Manchester Fertility Services*, verificaram que dos 67% de embriões destruídos, 26% foram-no depois que os casais deram instruções para a destruição e 74% depois dos casais deixarem de responder às cartas enviadas pelas clínicas. (Gaspar, 2004)

De acordo com Cohen, Brandhorst, Nagy, *et al.* (2008), citado por Rocha (2014), as sociedades reguladoras e os órgãos reguladores da PMA de vários países, com o fim de diminuir o número de embriões excedentários, recomendam que sejam realizadas estimulações mais ligeiras, para que se obtenha um menor número de ovócitos a inseminar e não totalidade dos mesmos, transferindo um número limitado de embriões para implantação.

Questões Bioéticas

Quando das técnicas de PMA resultam embriões excedentários, surgem questões éticas importantes,

embora as múltiplas abordagens e as várias definições da pessoa humana, concordem em afirmar que a pessoa constitui “um fim em si”, os grandes dilemas éticos com que a sociedade é confrontada surgem devido à essência das atitudes dos seres humanos. (Rocha, 2014)

Os embriões excedentários podem ser doados a outro casal, criopreservados e posteriormente utilizados para fins de investigação ou destruídos, após o prazo máximo de 3 anos o casal deve tomar a decisão de qual o destino que pretende dar aos seus embriões. De acordo com Serrão (2004) citado por Rocha (2014), surge então a questão ética de que até que ponto os progenitores têm poder para decidir o que deve ser feito com estes novos seres, será que o embrião perde a sua entidade humana? Este autor considera que o embrião não é um bem patrimonial, mas sim um ser humano em todas as suas vertentes, questiona então como é que se pode atribuir aos pais o poder de decidir acerca da sua utilização para fins experimentais. (Rocha, 2014) No que diz respeito a estas questões consideramos que a lei portuguesa acaba por proteger os direitos dos progenitores, dando-lhes a opção de escolher o destino destes embriões, pois o seu material genético faz parte destes.

De acordo com Santos (2007) citado por Rocha (2004), o uso de embriões humanos para experimentação ou investigação instrumentaliza-os e viola a sua integridade pessoal, física e moral, é portanto importante assegurar a incolumidade do embrião humano, como uma necessidade para impedir que a vida possa ser usada como um objeto de experimentação. (Rocha, 2014)

Na Alemanha, na Áustria, e em Portugal nos Hospitais da Universidade de Coimbra, é possível utilizar uma técnica que consiste em levar o processo de fecundação a desenvolver-se até ao momento anterior à singamia e suspendê-lo por meio da criopreservação, resultando então num pré-embrião. Se for desejada uma nova tentativa de gravidez a singamia completa-se por si após o descongelamento, só se produzem os embriões que realmente irão ser implantados, superando-se então as questões éticas ligadas aos embriões excedentários. De acordo com

Ascensão (2007), se é possível tecnicamente realizar um processo que não suscita questões éticas, esse processo torna-se eticamente obrigatório, deixando de haver justificação para utilizar métodos que as suscitem. (Rocha, 2014) Relativamente à técnica anteriormente expressa pensamos que este é um método que poderia resolver questões éticas em relação ao embrião, no entanto, resultaria desta técnica um pré-embrião que precisa de um destino e que poderia também levantar algumas questões éticas.

Num Relatório do CNECV acerca da PMA (2004), citado por Rocha (2014), são defendidas duas posições diferentes sobre a questão ética ligada à investigação: apesar de ter em conta que “*o início cronológico do novo ente humano deve ser considerado como o início cronológico do destino histórico de uma nova pessoa merecendo, desta fora, todo o respeito e que lhe sejam proporcionadas todas as condições favoráveis ao seu desenvolvimento*”, no entanto sugerem que para ser pessoa humana, “*o embrião deve apresentar uma individualidade irreversível*”, o que não acontece no princípio da sua existência, uma vez que as suas células são totipotentes. (Rocha, 2014, p. 20) Assim, segundo Rocha (2014) a investigação feita durante o tempo em que a individualização não está concluída não pode ser considerada como instrumentalização da pessoa humana.

De acordo com Filho (2009) os interesses e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da sociedade ou da ciência, portanto em termos de beneficência, a investigação nos embriões deveria ter sempre como principal princípio a sua execução para benefício destes. No entanto, segundo Rocha (2014), nem sempre se verifica o favorecimento do embrião pois podem estar por trás intenções de seleção eugénicas do ser humano, para satisfazer o desejo dos pais ou dos cientistas. Segundo Santos (2007) citado por Rocha (2014) “*Deve-se ter sempre o cuidado de não cair na instrumentalização, evitando torna-los num meio para obtenção de um fim*”. (Rocha, 2014, p. 21)

Os casais que optam por doar os seus embriões ao fim de três anos de criopreservação, estão resguardados pela lei nº32/2006, artigo 15.º sobre Confidencialidade,

esta declara que no futuro as pessoas nascidas destas técnicas podem ter acesso a informações de natureza genética exceto a identificação do doador, segundo Filho (2009) levanta-se aqui uma nova questão de possível instrumentalização, desresponsabilização dos doadores e dissociação da paternidade genética e social. Aceitamos que existe sim uma dissociação da paternidade do casal doador, no entanto, questionamos se seria justificado responsabilizar este casal por uma criança que resultou da doação de embriões?

Poderá também acontecer a situação de PMA *post mortem*, ou seja ocorrendo a morte do casal progenitor originar-se-ia um ser órfão antes de nascer. De acordo com Filho (2009) a situação é complexa, não se sabendo ao certo a repercussão no desenvolvimento psicossocial da criança futura, no entanto, parece ser aceitável que gametas e embriões possam apenas ficar à disposição do outro parceiro (vivo), ou, eventualmente utilizados em investigação científica, contudo devem ser destruídos quando ambos os parceiros morrem. Pensamos que esta questão é bastante problemática pois deveria sempre haver um consentimento informado por ambos os progenitores para a utilização destes embriões, o que em caso de morte é impossível. No entanto, se o consentimento tivesse sido dado previamente à morte dos progenitores a criança não iria ter conhecimento da morte destes pois não lhe é acessível a identificação dos doadores.

Ascensão identifica algumas questões levantadas principalmente por lacunas e “buracos” na atual lei portuguesa sobre a PMA. Segundo este, a epígrafe do art. 9, a Investigação com recurso a embriões, apresenta-se como se a única eventualidade fosse a destinação nobre de sustentar a investigação científica. Ainda no art. 9/2 prevêem-se “*finalidades terapêuticas*” que tornam lícita a investigação científica, em áreas como as de prevenção, diagnóstico ou terapia de embriões, de aperfeiçoamento das técnicas de PMA, de constituição de bancos de células estaminais para programas de transplantação, este afirma que a forma como a lei prevê a investigação em embriões é perturbadora e questiona se na realidade, é verdadeiramente a

investigação científica que aqui se contempla. (Ascensão, 2007)

Ainda segundo Ascensão (2007), prevê-se a constituição de bancos de células estaminais para programas de transplantação (n.º 2, art.9.º), este autor considera que aqui não se trata de investigação científica, mas sim de atividade clínica ou mesmo médico-empresarial. Ascensão (2007), questiona se ter-se-á aproveitado para introduzir na lei a previsão do aniquilamento de embriões para a obtenção de células estaminais, uma vez que a previsão de bancos de células estaminais na lei sobre PMA, estaria a referir-se a células estaminais com origem embrionária, questiona então se ter-se-á aproveitado a oportunidade para introduzir na lei este método altamente contestável de obtenção de células estaminais. Afirma que tudo a lei unifica sob a referência a “finalidades terapêuticas”, mas questiona se se trata de investigação científica ou a prática clínica. (Ascensão, 2007)

Não podemos afirmar se a lei realmente abre aqui oportunidade para a utilização dos embriões em benefício da prática clínica, no entanto, tal como já foi referido a investigação nos embriões deveria ter sempre como principal princípio a sua execução para benefício destes constituindo assim “um fim em si” mesmo, pelo que deverá ser realizada uma apreciação sobre o tipo de investigação que se pretende realizar tal como descrito no n.º 3 do art.9º “*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.*” (Lei n.º 32/2006)

Na realidade existe uma grande dificuldade em se chegar a um consenso internacional no que diz respeito ao destino dos embriões excedentários criopreservados, enquanto não são clarificadas as posições dos diferentes Estados, milhares de embriões mantêm-se criopreservados à espera de serem destruídos após o prazo legal estabelecido. Gaspar considera que a dificuldade em alcançar um consenso internacional relativamente ao destino dos embriões excedentários criopreservados, deve-se principalmente

ao facto de nos quarenta e um países que subscreveram a Convenção Europeia sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, as leis que regulam a investigação em embriões serem bastante distintas e irem desde a sua proibição absoluta à tolerância da criação de embriões exclusivamente para fins de investigação. (Gaspar, 2004)

As técnicas de PMA revolucionaram a procriação humana, no entanto, são poucos os estudos que procuram investigar os efeitos destas técnicas a longo prazo. Um estudo realizado por investigadores chineses acerca desta matéria, revela que as primeiras pessoas originadas por técnicas de PMA têm agora mais de 30 anos e na sua maioria são saudáveis, concluíram ainda que os principais riscos para estas crianças são principalmente problemas na fase perinatal, malformações congénitas e distúrbios epigenéticos. (LU, WANG, & JIN, 2013) Outro estudo que aborda este assunto afirma que estas crianças devem ter um acompanhamento do desenvolvimento mais intenso nos seus primeiros anos de vida, no entanto estas crianças tendem a ser saudáveis e a ter um desenvolvimento típico. (Squires & Kaplan, 2007)

Fazendo a ligação da temática em discussão com a enfermagem pensamos que enquanto prestadores de cuidados, os enfermeiros estão também em contacto com famílias que recorrem a técnicas de PMA na tentativa de serem pais. Por isso devem prestar cuidados tendo em conta os princípios da profissão, pelo que pensamos ser pertinente abordar alguns referenciais regulamentadores da profissão essenciais no cuidado a estas famílias.

De acordo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no que diz respeito ao exercício profissional dos enfermeiros no art 8.º está descrito que no “*exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos*”, ou seja tem o dever de proteger os direitos e interesses das pessoas, quer sejam as pessoas que recorrem aos serviços de saúde na procura destas técnicas, assim como do embrião resultante destas, considerado também ele como vida humana. (DECRETO-LEI n.º161/96)

Segundo o Código Deontológico do enfermeiro, no que diz respeito aos princípios gerais no n.1 do art 78.º está descrito que “*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*”, transportando para o tema, o enfermeiro deve defender a liberdade e dignidade dos casais que procuram ser pais e também do embrião protegendo e assegurando a sua dignidade. Sendo que consideramos o embrião como vida humana, não podemos deixar de referir o n.º1 do art 82.º dos direitos à vida e à qualidade de vida “*O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias*”. (Lei n.º 156/2015)

A Lei n.º 32/2006 inclui o direito das pessoas à confidencialidade e a sua identidade nos processos referentes à PMA (art 15.º), de acordo com a alínea a) do art.85.º do dever de sigilo, o enfermeiro tem o dever de “*Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte*”, pelo que deve proteger as suas identidades mantendo o sigilo profissional e respeitando a intimidade das pessoas. (Lei n.º 156/2015)

Por último pensamos que é pertinente referir ainda a alínea b) do art 84.º, do dever de informação, o enfermeiro deve “*Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*”, sendo que é importante o enfermeiro esclarecer e informar devidamente estas famílias em todo o processo das técnicas de PMA assim como aquando da obtenção do consentimento informado acerca do destino dos embriões excedentários, para que as pessoas façam uma escolha livre e esclarecida. (Lei n.º 156/2015)

Conclusão

Hoje em dia é possível através das técnicas de PMA, obter uma gravidez quando já houve falhas anteriores na tentativa de engravidar de forma natural, estas técnicas pressupõem a manipulação dos elementos de reprodução humana e destas resultam embriões não utilizados, ou seja, não transferidos para o útero

materno, que são obrigatoriamente criopreservados numa fase inicial do seu desenvolvimento.

A criopreservação dos embriões não utilizados levanta questões relacionadas com os princípios da dignidade da pessoa humana e dos direitos, embora as múltiplas abordagens e as várias definições da pessoa humana, concordem em afirmar que a pessoa constitui “um fim em si”, os grandes dilemas éticos com que a sociedade é confrontada surgem devido à essência das atitudes dos seres humanos. E por isso é essencial atribuir um estatuto ao embrião com a finalidade de descrever a forma como a sociedade o entende, a bioética permite discutir estas diferentes formas de ver problemáticas e estabelecer uma relação social entre sociedade, cientistas, profissionais da saúde e governos, refletindo sobre os valores em questão.

Esta temática coloca então algumas questões relacionadas com o início da vida humana e a partir de quando deve ser respeitada a dignidade do embrião, concluímos que são diversos os autores que discutem estas questões, no entanto, não existe um conceito de embrião unanimemente aceite e pelo que também não existe um consenso em relação a muitas destas questões.

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, sugeriu a todos os Estados membros que definissem quais os termos a respeitar na aplicação destas técnicas, recomendação esta que foi seguida pela generalidade dos países, regulamentou-se a utilização das referidas técnicas e criminalizou-se certas práticas julgadas contrárias à dignidade e à liberdade da pessoa humana. Contudo, existe uma grande dificuldade em se chegar a um consenso internacional, principalmente no que diz respeito ao destino dos embriões excedentários criopreservados, enquanto não são clarificadas as posições dos diferentes Estados, milhares de embriões mantêm-se criopreservados à espera de serem destruídos após o prazo legal estabelecido.

Pensamos que enquanto prestadores de cuidados, os enfermeiros estão também em contacto com famílias que recorrem a técnicas de PMA na tentativa de serem pais e por isso devem prestar cuidados tendo em conta os princípios da profissão. Os enfermeiros têm o dever

de proteger os direitos e interesses das pessoas, quer sejam as pessoas que recorrem aos serviços de saúde na procura destas técnicas, assim como do embrião resultante destas, considerado também ele como vida humana, devem defender a sua liberdade e dignidade, devem também proteger as identidades destas famílias, mantendo o sigilo profissional e respeitando a sua intimidade. Por último é também importante o enfermeiro esclarecer e informar devidamente estas famílias em todo o processo das técnicas de PMA, assim como aquando da obtenção do consentimento informado acerca do destino dos embriões excedentários, para que as pessoas façam uma escolha livre e esclarecida.

Referências

- Ascensão, J. O. (2007). A Lei nº 32/06, sobre a procriação medicamente assistida. *Revista da Ordem dos Advogados*. Obtido em 6 de Janeiro de 2016, de JO ASCENSÃO - Revista da Ordem dos Advogados, 2007 - apdi.pt
- Barchifontaine, C. d. (2010). Bioética no Início da Vida . *Revista Pistis Praxis 2.1*. Obtido em 2 de Janeiro de 2016, de www2.pucpr.br/reol/index.php/pistis?dd99=pdf&dd1=3546
- CNPMA. (2014). *Relatório referente à atividade desenvolvida pelo CNPMA no ano de 2013*. Obtido em 3 de Janeiro de 2015, de www.cnpma.org.pt/Docs/RELATORIO_ATIVIDADES_2013.pdf
- DECRETO-LEI n.º161/96. (1996). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril*. Obtido em 9 de Janeiro de 2016, de www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/.../REPE.pdf
- Filho, L. N. (2009). Estatuto ético do embrião humano. *Bioethikos*. Obtido em 4 de Janeiro de 2016, de www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/71/225-234.pdf
- Gaspar, P. J. (2004). Embriões “excedentários” criopreservados: que destino dar-lhes? Obtido em 7 de Janeiro de 2016, de <http://www.iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/111/1/Embri%C3%B5es%20%E2%80%9Cexcedent%C3%A1rios%E2%80%9D%20criopreservados.pdf>
- Guise, C. A. (Fevereiro de 2011). Embriões Excedentários O Destino do “Excesso”. *Jornal de Ciências Cognitivas*. Obtido em 8 de Janeiro de 2016, de <http://jcienciascognitivas.home.sapo.pt/11-02-guise.pdf>
- Lei n.º 156/2015. (16 de Setembro de 2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Obtido em 10 de Janeiro de 2016, de

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf

Lei n.º 32/2006. (2006). Obtido em 20 de 12 de 2015, de http://www.centrodereitobiomedico.org/files/Lei_da_Procriacao_Medicamente_Assistida.pdf

LU, Y.-h., WANG, N., & JIN, F. (2013). Long-term follow-up of children conceived through assisted reproductive technology. *Journal of Zhejiang University-SCIENCE B (Biomedicine & Biotechnology)*. Obtido em 12 de Janeiro de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3650450/>

Rocha, A. (2014). Obtido em 20 de Dezembro de 2015, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29227/1/tese.pdf>

Santos, A., Renaud, M., & Cabral, R. (Julho de 2004). *Procriação Medicamente Assistida*. Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida. Obtido em 20 de

Dezembro de 2015, de CNECV: http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdoonlyres/21804BDD-5841-4D67-906F-0C9293BB3C75/0/P044_RelatorioPMA.pdf

Silva, E. M., & Silva, D. M. (2004). Direitos e Valores Fundamentais no Início da Vida Humana. Obtido em 5 de Janeiro de 2016, de www.ipv.pt/millennium/Millennium30/1.pdf

Squires, J., & Kaplan, P. (2007). Developmental Outcomes of Children Born After Assisted Reproductive Technologies. *Infants & Young Children*, 20. Obtido em 12 de Janeiro de 2016, de https://depts.washington.edu/isei/iyc/20.1_squire.pdf

UNESCO. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Obtido em 04 de Janeiro de 2016, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>



<https://pixabay.com/en/bottle-empty-empty-bottle-vase-1282705/>

Doação e Transplantação de Órgãos *Pós-Mortem*

Post-mortem Organ Donation

Artigo elaborado por Ariana Silva e Inês Tavares.

Revisão de Lucília Nunes.

Resumo: O presente ensaio em formato de artigo resulta de uma revisão bibliográfica referente ao enquadramento legal e princípios éticos, subjacentes à temática da Doação e Transplantação de Órgãos *Post-Mortem*, respondendo à questão ética colocada pelas estudantes. É abordada também a Bioética como a disciplina que tem como objetivo aplicar a ética a várias situações da vida, sobretudo as que envolvem o valor da vida humana; bem como, a definição de transplante e os diferentes tipos de transplantação. São abordados Princípios Éticos como o Princípio da Informação e Respeito pela Autonomia, da Dignidade Humana, da Intangibilidade Corporal, da Totalidade, da Não Maleficência, da Beneficência e da Justiça.

Palavras-chave: Doação; Transplantação; Bioética; Princípios éticos.

Abstract: This essay, in article format, results of a bibliographic review covering the legal and ethical principles underlying the theme of Donation and Transplantation of Organs *Post-Mortem*, responding to the ethical question posed by the students. Bioethics as the science that aims to apply ethics to various life situations is also discussed, especially those involving the value of human life; as well as the definition of transplant and the different types of transplantation. Ethical Principles are addressed as the Principle of Information and Autonomy, Human Dignity, the Intangibility Body, Wholeness, Non Mischief, of Charity and Justice.

Keywords: Donation; Transplantation; Bioethics; Ethical principles.

O presente artigo de revisão bibliográfica, sob o tema Doação e Transplantação de Órgãos *Pós-Mortem*, refere os problemas e os princípios éticos, tendo em conta os trabalhos já publicados. Procura-se discriminar os princípios éticos e o enquadramento legal, assim como a questão ética que emerge do consentimento para a doação.

Enquadramento Teórico

A Bioética começou por ser caracterizada como o reconhecer de obrigações éticas com todos os seres vivos (1920), passou por conceito de sobrevivência e foi qualificada como *ponte* pois serviria para estabelecer o contato entre as ciências e as humanidades. Posteriormente foi definida como *Bioética Profunda* e devido a esta definição começou a abordar o ser humano e a natureza através de uma perspetiva ecológica¹. Assim, a Bioética tem como objetivo aplicar a ética a várias situações sobre a vida, sobretudo as que envolvem o valor da vida humana, para se poder distinguir o justo do injusto e o certo do errado².

Um transplante é a *transferência de células, tecidos ou órgãos vivos de uma pessoa (o dador) para outra (o*

*recetor) ou de uma parte do corpo para outra (por exemplo, os enxertos de pele) com a finalidade de restabelecer uma função perdida*³. A substituição deste órgão pode ser obtida através de um dador vivo ou de um cadáver. Por outro lado, também pode ocorrer a substituição do órgão se este estiver associado a uma doença sistémica, com evolução progressiva e que pode ser fatal⁴.

Existem três tipos de transplantação, designados de modos diferentes dependendo da origem do tecido dador: o Auto transplante – corresponde à transplantação de tecidos do próprio para o próprio; Homotransplante ou Alotransplante – corresponde à transferência de tecidos, órgãos e células de um indivíduo para outro, de dador vivo ou de cadáver; e o, Xenotransplante ou Heterotransplante, corresponde à transplantação de órgãos de espécies diferentes.

Após clarificados os conceitos base, por o tema do artigo ser a Doação e Transplantação de Órgão *Pós-Mortem*, ao longo do artigo iremos nos focar nos Alotransplantes. (CNECV, 2006) O transplante de órgãos como o coração, pulmões, a córnea e o cristalino, só pode ser realizado *pós-mortem*³. Existiram

131 dadores até Junho de 2012, menos 26 dadores do que em 2011⁵ (p.3).

Pode trazer muitos benefícios às pessoas, no entanto, no transplante *pós-mortem* é realizada a remoção do órgão/tecido de um cadáver para o ser humano vivo. Existem leis que regulamentam estas práticas mas a sua discussão atinge também a Bioética, pois é necessário saber em que condição se pode realizá-lo sem que se despreze o valor da dignidade humana².

Deste modo, foi delimitada a seguinte questão ética: *Será eticamente aceitável proceder a uma transplantação com base numa doação presumida em vez de uma doação livre, esclarecida e consentida?*

Princípios e Enquadramento Legal

Relativamente à Doação e Transplantação de Órgãos *Pós-Mortem*, segundo o número 1, do artigo 4º, da Lei nº 12/93, é proibido revelar a identidade do dador ou do recetor do órgão ou tecido, deste modo, encontra-se também associado o **Princípio da Confidencialidade** que refere que os dadores têm a autoridade de decidir se pretendem que toda ou só parte da informação pessoal que envolve a colheita e o transplante fique sob anonimato⁶.

Segundo o número 1, do artigo 5º, da Lei nº 12/93, qualquer dádiva não pode ser remunerada, sendo proibida a venda de órgãos, tecidos e células para fins de transplante, associamos assim, o **Princípio da Gratuitidade** afirma que o indivíduo quando decide doar um órgão ou tecido a um outro, tendo como fim a transplantação, os seus motivos não podem ser de cariz financeiro e/ou envolver outra vantagem semelhante⁶.

Para além disso, o **Princípio da Solidariedade** vem reforçar que, desde que não resulte num compromisso da integridade vital ou na *descaracterização da identidade pessoal do doador ou do beneficiário*, a realização das doações é realizada sempre em função do bem da comunidade⁶ (p.12882). Deste modo, não podem ser cobradas ou realizadas tendo como objetivo o ganho financeiro.

Segundo o número 1, do artigo 10º, da Lei nº 12/93, *são considerados como potenciais dadores todos os residentes em Portugal que não tenham manifestado*

junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores, emergindo assim o Registo Nacional de Não-Dadores (RENDA), onde todos aqueles que não querem doar certos órgãos ou tecidos a certos fins devem manifestar tal vontade junto do Ministério da Saúde. Segundo o número 2, do artigo 11º, da Lei nº12/93, de 22 de Abril, o Governo é obrigado à emissão de um cartão individual, que faz referência ao facto de ser não dador. Contudo, todos os indivíduos são potenciais dadores, visto que, só com base em parâmetros médicos, que têm de ser obrigatoriamente cumpridos, é que é realizada a seleção dos doadores e dos tecidos e/ou órgãos a doar, segundo o **Princípio da Não Discriminação**⁶.

No entanto, por se tratar de uma doação e transplantação de órgãos *pós-mortem*, é necessário que exista uma certificação de morte. Esta necessita de critérios e regras de semiologia médico-legal adequadas à verificação de morte cerebral que estão presentes no número 1, do artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril. Deste modo, para que não surjam dúvidas relativas ao critério de morte, considerando o critério de "morte cerebral", o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida emitiu um Parecer Sobre o Critério de Morte. O *conceito de morte clínica é a cessação irreversível e irreparável de uma função vital*, no entanto, o problema é saber quais são as funções vitais e onde as mesmas se localizam de modo a que se verifique a sua ausência permanente⁷. Surge assim o único critério aceitável de morte, "morte cerebral": *cessação irreversível das funções do tronco cerebral*⁷ (p.3). Isto acontece porque: *só as estruturas nele existentes permitem a integração das diferentes funções vitais e permitem, portanto, a unidade e reação que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo; em indivíduos inconscientes, a disfunção irreversível do tronco cerebral é de avaliação mais rápida, fiável e segura do que a das restantes estruturas, nomeadamente as talâmicas e corticais; e, não é aceitável admitir como critério de morte o mau funcionamento, ou mesmo o não funcionamento (próteses ventilatórias e cardíacas) de órgãos que podem ser substituídos por transplantados*⁷ (p.3).

Segundo o Despacho nº 14341/2013, que determina os requisitos necessários para a colheita de órgãos em paragem cardiocirculatória, o número de órgãos

colhidos em clientes em morte cerebral é insuficiente para responder às necessidades dos candidatos a transplantes, sendo que, alguns países da Europa colocaram a possibilidade de colheita de órgãos em doentes que tiveram uma paragem cardiocirculatória. Nesta situação os órgãos são viáveis desde que sejam aplicadas técnicas de preservação. Deste modo, em Portugal, como a maioria das colheitas se realizam por consentimento presumido, opta-se por colher órgãos de dadores em paragem cardiocirculatória na Categoria II, na categoria de doentes, elaborada na Conferência Internacional de Maastricht, em 1995. Esta categoria refere-se a *dadores que tiveram morte cardíaca súbita ou que apresentam lesões cerebrais catastróficas seguida de paragem cardiocirculatória, ocorridas no hospital ou no exterior deste. Sujeitos a manobras de ressuscitação sem êxito, declarada a morte cardíaca, sendo depois mantidas as manobras de ressuscitação e transportados até ao hospital*⁸.

Ainda dentro dos princípios éticos relacionados com o transplante encontra-se o **Princípio da Informação e Autonomia**, que afirma que deve existir um consentimento informado e antecipado por parte do dador e recetor no que toca a colheita e transplante de órgãos/tecidos⁶. Deste modo, é importante reforçar que subjacente a este mesmo princípio se encontra o direito à dignidade humana.

Assim, segundo o artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa (CRP): *Portugal é uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...) tal é reforçado pelo artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos onde é afirmado que: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos*⁹.

A dignidade humana passa pelo facto de a pessoa ser considerada um ser autónomo, ou seja, ser considerada capaz de determinar o seu próprio curso de ação de acordo com um plano¹⁰. É através do respeito pela autonomia da pessoa que se baseia o princípio da dignidade humana pois quando se reconhece a pessoa como um ser autónomo, reconhece-se que esta é capaz de fazer as suas decisões de acordo com os seus princípios, valores, crenças e convicções. O respeito pela autonomia pode e deve ser expressado através do consentimento informado¹⁰.

Beauchamp e Childress formularam a proposta principialista que contém princípios essenciais para a bioética e para direcionar assim as decisões morais. O parágrafo anterior pode ser reforçado pelo **Princípio do Respeito pela Autonomia** formulado por estes autores¹¹.

Tal princípio reforça a ideia de que a pessoa tem de ser reconhecida como um individuo habilitado a decidir de forma livre e autónoma, realizar as suas decisões e agir de acordo com os seus valores e crenças pessoais para que exista o respeito pela sua autonomia. O mesmo respeito também se pode demonstrar quando é promovida a autonomia da pessoa. Em contexto de cuidados de saúde, quando é fornecida informação pelos profissionais acerca do tratamento disponível, concede-se à pessoa a oportunidade para dar o seu “consentimento informado”. Somente através do consentimento é que se consegue garantir que são respeitadas as escolhas que a pessoa faz¹¹.

Todos os atos praticados no âmbito da saúde devem ser somente realizados com o consentimento livre e esclarecido da pessoa em questão ou do seu representante legal, caso tal não se verifique, ou seja, se não for respeitado o direito à autonomia da pessoa por parte dos profissionais de saúde, existem consequências legais. Este consentimento deve ser esclarecido, livre de qualquer imposição ou coação e pode ser manifestado de qualquer maneira desde que expresse a vontade clara do individuo em consentir qualquer procedimento¹⁰. Para que este consentimento seja esclarecido, para que a pessoa possa aceitar ou recusar de forma consciente qualquer procedimento, é necessário que lhe seja fornecida toda a informação necessária que deve ser adequada à pessoa em questão e que deve ser compreendida, ou seja, o profissional de saúde não deve encarar a pessoa simplesmente como um recetor da informação¹⁰.

Os autores diferenciam o conceito de “pessoa autónoma” de “decisão autónoma”, pois uma pessoa pode ser considerada capaz de tomar as suas próprias decisões mas por vários fatores (como a depressão, escolhas difíceis, ignorância, entre outros) que podem influenciar as suas escolhas, só tomar decisões autónomas ocasionalmente, ou seja, *uma pessoa pode ser autónoma sem que as suas ações o sejam*,

variando o seu grau de autonomia de acordo com os contextos^{11 (p.18)}. Por outro lado, pessoas consideradas como incapazes de tomar decisões podem apresentar ocasionalmente decisões autónomas como realizar um telefonema o recusar uma terapêutica¹¹.

No entanto, no que toca aos transplantes realizados *pós-mortem*, este consentimento não é realizado de forma livre e esclarecida enquanto o dador é vivo. Conforme foi referido anteriormente, a lei em vigor expressa que, caso não se tenha afirmado como não dador, todos os indivíduos são considerados como dadores, ou seja, os órgãos e/ou tecidos quando provenientes de cadáveres têm por base o critério da doação presumida definido na legislação Portuguesa. Contudo, algumas questões se levantam relativamente à lei da doação presumida, em Portugal, sendo elas: o baixo nível de educação da população; e, as campanhas de informação planeadas através do artigo 15º da lei 12/93, que tinham como objetivo informar e esclarecer a população – estas não foram implementadas ou, pelo menos, não de forma totalmente esclarecedora para a população. Estas campanhas impõem-se como eticamente necessárias, pois era através delas que o Estado iria sensibilizar e legitimar a lei da doação presumida, porém estas, aparentemente, não foram efetuadas. A doação presumida não obriga ninguém a doar, no entanto, requer uma decisão anterior, pois, contrariamente, a omissão no RENNDÁ significa que a pessoa quer efetivamente doar os seus órgãos¹⁰.

Questiona-se assim, se o cadáver é detentor ou não de direito. Segundo Niceto Blázquez citado por Resende, *os cadáveres não são por si só detentores de direitos* mas tal facto não implica que sejam *propriedade do estado ou das suas instituições de saúde*, assim, impõe-se o respeito pela vontade do indivíduo manifestada em vida. No entanto, em Portugal, o que põe em causa o estabelecimento de uma lei de doação presumida é o baixo nível de educação da população para o tema em causa. Para colmatar esta falha deviam ser realizadas campanhas que obrigatoriamente deveriam proporcionar informação de forma constante e pormenorizada, para que todos os cidadãos portugueses se inteirem do direito de não serem dadores, sabendo ainda que este direito é obrigatoriamente respeitado pelas *autoridades de*

saúde e pelas equipas médicas que verificam a morte cerebral e antes de se iniciar o procedimento de colheita. Mas também do benefício que traz aos recetores¹⁰.

Ainda em relação ao princípio que se encontra inerente a todo o processo, o **Princípio da Dignidade Humana**, no que diz respeito à parte procedimental este declara a proibição da realização de transplantes que atentem contra a dignidade humana, deste modo, não são realizados transplantes do encéfalo e dos órgãos sexuais. Para além disso, este princípio declara que, após o transplante, é necessário um acompanhamento dos dadores vivos e recetores⁶.

Para além dos princípios já mencionados, falta ainda referir o **Princípio da Intangibilidade Corporal** que refere que o corpo humano está dotado de identidade pessoal e deste modo é merecedor da dignidade humana, não estando, por isso, livremente disponível⁶. Existe ainda o **Princípio da Totalidade** que menciona que deve ser ponderado a necessidade de cada transplante com as vantagens que este traz para o bem-estar de todo o organismo do recetor tendo em conta também o bem-estar do doador⁶.

Já o **Princípio da Não Maleficência** é de forma geral a *obrigação de não causar, em termos gerais, qualquer mal ou dano*^{11 (p.24)}, sendo de extrema importância na prática de atos médicos pois retrata a obrigação de não provocar danos físicos, assim como dor, sofrimento, invalidez e morte da pessoa. Distingue-se do princípio da beneficência porque este tem como obrigação ajudar o outro e promover o seu bem-estar. No entanto, é difícil identificar de forma específica as obrigações de ambos, pois há diferenças quando se age forma errada e de forma nociva. Por exemplo: um indivíduo que se recusa a doar medula óssea a um familiar sabendo que é o único elemento da família compatível, toma uma atitude errada, no entanto não se pode afirmar que viola o princípio da maleficência visto que não provocou dano à pessoa. Este princípio condena apenas os danos causados de forma intencional, excluindo assim os que resultam de acidentes¹¹. Posto isto, a transplantação não causa dano no dador, visto que este já se encontra morto, no entanto, a não realização do mesmo implica consequências na saúde para o recetor. Neste caso, é

uma atitude errada mas não causa diretamente dano na pessoa.

A realização do transplante provoca o bem no recetor de acordo com o **Princípio da Beneficência**. Este princípio é mais exigente do que o anterior pois não se trata somente de não prejudicar o outro, mas sim de o procurar ajudar, de lhe causar bem, o que se torna mais complexo. No que toca aos cuidados de saúde, traduz-se nos conhecimentos e técnicas que tem sido desenvolvidos de forma a ajudar a pessoa nas situações de risco para a sua saúde. Este diferencia-se dos demais princípios porque as suas normas morais impõem *obrigações positivas*^{11 (p. 31)}, é mais complexo pois nem sempre se age com imparcialidade, acabando por serem favorecidas as pessoas que nos são mais próximas. É mais difícil aplicar este princípio de forma universal, do mesmo modo que, o princípio da não maleficência, pois nem sempre se pode agir beneficentemente. Este é o princípio que, quando aplicado à prática médica, entra mais em conflito com o princípio do respeito pela autonomia. Tal deve-se ao facto dos médicos pretenderem respeitar a autonomia dos seus clientes atendendo às suas decisões mas por outro lado não o poderem realizar sempre, muito menos quando atentam contra a consciência do médico ou quando são inaceitáveis no que toca à prática médica. O “paternalismo” existente nas relações médico-cliente opõem-se ao respeito pela autonomia, pois nesta situação o médico encontra-se como uma autoridade que determina o melhor para a pessoa, descartando as suas decisões¹¹.

Segundo *Beauchamp e Childress*, este paternalismo é por vezes necessário. Classificam-no em *paternalismo brando*^{11 (p.32)} quando o médico impede determinado comportamento nocivo do cliente, quando este se encontra sob o efeito de drogas de uma depressão ou quando não tem a informação necessária. Visto que o cliente não escolheu de forma autónoma livre de influências, a interferência do médico não entra em conflito com o princípio da autonomia. No entanto, existe também o “paternalismo rígido” onde o médico interfere na decisão da pessoa, que se encontra informada acerca do risco da sua decisão, para prevenir ou diminuir o mal, beneficiando-a. Há justificação para este paternalismo quando *o médico se recusa a realizar o pedido de um paciente para doar um rim, no caso de*

este já ter doado o outro rim anteriormente; mesmo que o paciente o faça na esperança de salvar a vida de um filho, e mesmo que haja a possibilidade do dador poder sobreviver com diálise, nessas circunstâncias o médico pode recusar-se a fazê-lo^{11 (p.33)}.

Por último, o **Princípio da Justiça** formulado por estes autores refere-se ao facto de cada um ter aquilo que merece, quer em direitos, benefícios assim como responsabilidades e deveres¹¹. A justiça preocupa-se com a equidade na distribuição de recursos e bens considerados comuns, de modo a que toda a população tenha igual oportunidade de acesso aos mesmos. Deste modo, a justiça associa-se a relações entre grupos sociais. Filosoficamente, a justiça é interpretada como um modo justo, adequado e equitativo de tratar as pessoas em relação a algo¹². Em relação ao tema em estudo, devido à elevada procura mas à pouca “oferta” de órgãos é extremamente necessário que os órgãos que são recolhidos sejam distribuídos equitativamente por todos os cidadãos que deles necessitam¹⁰.

Reflexão acerca da Questão Ética

Será eticamente aceitável proceder a uma transplantação com base numa doação presumida em vez de uma doação livre, esclarecida e consentida?

O Princípio da Beneficência, como foi referido, baseia-se no facto de agir de modo a causar o bem no outro, não se trata somente de não lhe causar dano¹¹. Deste modo, acreditamos que é essencial a existência do conceito de “Doação Presumida”, isto porque, atualmente é mais acentuada a escassez de órgãos e aqueles que somente podem ser doados após a morte são em benefício do recetor, não causando dano no dador e causando bem ao outro (recetor), sendo eticamente aceitável este conceito¹⁰. No entanto, acreditamos que as pessoas devem ser alertadas para a possibilidade da doação de órgãos, mas esta abordagem não deve ser realizada quando os familiares se encontram emocionalmente instáveis devido à perda do familiar, pois é nesta altura que existe uma maior recusa da colheita de órgãos, sem ser ponderada a vontade da pessoa falecida¹⁰. Com a realização desta sensibilização para a doação de órgãos, provavelmente, conseguiríamos que a pessoa

consentisse de forma livre e esclarecida. No entanto, ao longo deste trabalho foram surgindo outras questões sobre as quais fomos obrigadas a pensar.

Desde o início da escolha do tema, que nos debatemos com o facto de que, quando abordado em aula o RENNDA, nós, enquanto cidadãos, não sabíamos da sua existência, tal como, em conversa com alguns colegas percebemos que também não tinham conhecimento sobre o mesmo, mostrando-se tão surpreendidos como nós. Ao conversar com os nossos pais e irmãos, com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos, percebemos que conheciam a sua existência. Sendo assim, pensamos que, quando surgiu o RENNDA, este foi divulgado e provavelmente a maioria da população ficou com conhecimento acerca da sua existência. No entanto, por ser algo já comum, deixou de ser divulgado pois tornou-se banal na vida das pessoas.

Assim, pensamos que seria importante que existisse uma divulgação regular, de modo a consciencializar a população sobre a questão. Como futuras enfermeiras, pensamos que, em campanhas de sensibilização para doação de sangue e medula óssea, podia sensibilizar-se a população para a existência do RENNDA, para suscitar alguma curiosidade sobre o que é e qual a sua finalidade. Posto isto, pensamos que a sua divulgação é um ponto importante, que tem sido esquecido ao longo dos anos, sendo um assunto que contribui para a literacia da população.

Quando abordámos a doação presumida, no ponto anterior, pensámos no facto de que, na nossa cultura, não somos obrigados, ou não estamos acostumados a falar, pensar e decidir sobre a nossa morte precocemente. O facto de termos de pensar neste assunto, de modo a poder decidir sobre a doação ou não, para que possamos utilizar ou não o RENNDA, não conseguimos perceber até que ponto isso afeta interiormente cada um de nós. São costumes que têm de ser modificados, que nos garantem as nossas decisões; mas não nos podemos esquecer que cada um de nós lida com as situações de forma diferente, lida com a morte de maneira distinta, tendo outras formas de a abordar.

Posto isto, acreditamos que a criação do RENNDA foi uma mais-valia para o país, pois é um bem maior, que implica salvar a vida a muitas pessoas. Caso fosse ao

contrário, onde se teriam de registar os doadores, provavelmente muitas pessoas não o fariam por “preguiça”, porque “dá trabalho”. Este modo de organização de registos é mais prático, pois apenas quem não quer doar é que tem de se preocupar em realizar o registo.

Perante a morte de um indivíduo, a família ou outras pessoas significativas do mesmo, neste momento doloroso e stressante, recebem muita informação que tem de ser assimilada num curto espaço de tempo. Deste modo, enquanto futuras profissionais de saúde, consideramos essencial assumir os seguintes passos: explicar à família a morte da pessoa e como foi determinada; descrever o que irá acontecer e porquê relativamente ao processo de transplantação (se no RENNDA o individuo não se encontrar registado); conferir apoio constante à família, incluindo aconselhamento¹³.

Notas Finais

De acordo com a legislação portuguesa, todos os residentes em Portugal, que não afirmem que são não dadores, são considerados potenciais dadores, deste modo, emerge o Registo Nacional de Não-Dadores (RENNDA) e, também, o conceito de Doação Presumida. No entanto, o respeito pela autonomia da pessoa é essencial para respeitar a sua dignidade humana, que deve ser expressado através do consentimento informado. Deste modo, surgiu a nossa questão ética, a que pretendíamos dar resposta: *Será eticamente aceitável proceder a uma transplantação com base numa doação presumida em vez de uma doação livre, esclarecida e consentida?*

Como referido, acreditamos que é aceitável proceder a esta colheita, visto que, existe uma escassez de órgãos e pouca “oferta” dos mesmos, para além disso, a transplantação vai causar o bem no recetor (princípio da beneficência) e não causa dano no dador (princípio da maleficência). Contudo consideramos de elevada prioridade que sejam realizadas mais campanhas de sensibilização para a população.

Referências

1. GOLDIM, José – **Bioética: origens e complexidade** [Em linha]. (2006), pp. 1-7 [Consultado a 25 novembro de 2015]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/complex.pdf>

2. KLIEMANN, Luís; CATIARI, Claudimir - **Transplante de órgãos post mortem: entre a bioética e o biodireito** [Em linha]. (s.d.), pp. 1-9 [Consultado a 28 novembro de 2015]. Disponível em: <http://www.cejam.unir.br/arquivos/TRANSPLANTES%20DE%20ORGAOS.pdf>
3. PORTAL DA SAÚDE – **O que é um transplante?** [Em Linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consultado a 23 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/doacao+de+orgaos+e+transplantes/transplante.html>
4. CNECV – **Parecer 50/CNECV/06: Parecer Sobre a Proposta de Lei N.º 65/X (Alteração à Lei N.º 12/93, de 22 de Abril – Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana)** [Em linha]. (2006), pp. 1-13 [Consultado a 20 dezembro de 2015]. Disponível em http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/868B3E3B-3FE2-42FC-9322-4F624843D30D/0/P050_ParecerTransplantes.pdf
5. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO – **Colheita e Transplantação: Resumo da Atividade 1º Semestre 2012** [Em Linha]. Portugal: Ministério da Saúde, 2012, pp. 1- 23. [Consult. a 11 de janeiro de 2016]. Disponível em: http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/colheita_transplantacao_1se_mestre_2012.pdf
6. PATRÍCIO, Miguel – **Notas Sobre o Regime Legal dos Transplantes em Portugal. RIDB** [Em linha]. Volume 2, Número 11 (2013), pp.12881 – 12900 [Consultado a 19 de dezembro de 2015]. Disponível em: http://cidp.pt/publicacoes/revistas/ridb/2013/11/2013_11_12881_12900.pdf ISSN: 2182-7567
7. CNECV – **Parecer Sobre o Critério de Morte (10/CNECV/95)** [Em linha]. (1995), pp. 1-3 [Consultado a 20 dezembro de 2015]. Disponível em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059437_P010_CriterioDeMorte.pdf
8. PGDL – **Despacho n.º 14341/2013: Requisitos para a Colheita de Órgãos em Dadores Falecidos em Paragem Cardiocirculatória.** [Em Linha]. Lisboa: PGDL [Consultado a 23 de dezembro de 2015]. Disponível em: http://www.pgdllisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2267&tabela=leis&ficha=1&pagina=1
9. AR (Assembleia da República) - **Constituição da República Portuguesa: VII revisão constitucional** [Em linha] (1976). Lisboa: Browser e Masterlink [Consultado a 20 de novembro 2015]. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
10. RESENDE, Manuel – **Doação Presumida de Órgãos – Uma questão de Autonomia** [Em linha]. (2008), pp. 1-115 [Consultado a 30 novembro de 2015]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21969/2/Doao%20Presumida%20de%20rgos%20Uma%20Questao%20de%20Autonomia.pdf>
11. MARTINS, Isabel – **A operacionalização dos princípios da Bioética no principialismo de Beauchamp e Childress** [Em linha]. (2013), pp. 1-75 [Consultado a 30 novembro de 2015]. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/10612/1/A33634%20IsabelMato%20Martins%20Disserta%C3%A7%C3%A3oMestrado%20Vf.pdf>
12. LOCH, Jussara de Azambuja – **Princípios da Bioética.** [Em Linha] (s.d.), pp. 5 [Consultado a 19 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>
13. NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL – **Organ and tissue Donation After Death, For Transplantation: Guidelines for Ethical Practice For Health Professionals .** [Em Linha]. Austrália: Governo de Austrália, 2007, pp. 1- 77. [Consult. a 11 de janeiro de 2016]. Disponível em: https://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/e75.pdf



<https://pixabay.com/en/clock-pocket-watch-movement-1205634/>

Xenotransplantação – Considerações Bioéticas

Xenotransplantation – Bioethical Considerations

Artigo elaborado por Rita Macedo Vaz.

Revisão Lucília Nunes.

Resumo

A xenotransplantação consiste na utilização de órgãos, tecidos ou células de origem animal para transplante em seres humanos. As primeiras experiências nesta área datam do início do século XVII e cada vez mais, a xenotransplantação é vista como uma alternativa para satisfazer o elevado número de pessoas que carecem de um órgão para sobreviver. Contudo, esta alternativa apenas é viável se forem superados alguns aspetos científicos e bioéticos que a envolvem. A rejeição do órgão e a possível propagação de doenças, assim como a realização de ensaios clínicos e a utilização de animais como meros fornecedores de órgãos são alguns desses aspetos.

Palavras-chave: xenotransplantação, transplantação, bioética, ética, animais, órgãos

Abstract

Xenotransplantation is the use of organs, tissues, or animal cells for transplantation into humans. The first experiments in this area date back to the early seventeenth century and, xenotransplantation is increasingly seen as an alternative to meet the large number of people that need an organ to survive. However, this alternative is only feasible if some scientific and bioethical aspects surrounding it are overcome. The rejection of the organ and the possible spread of diseases, as well as the clinical trials and the use of animals as organ suppliers are some of these aspects.

Key Words: xenotransplantation, transplantation, bioethics, ethics, animals, organs

Introdução

A transplantação representa um dos mais notáveis avanços da medicina e é considerada como o tratamento mais eficaz para patologias crónicas que afetam a funcionalidade de determinados órgãos vitais, oferecendo ao doente uma melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida (Barcelos, 2009). No entanto, existe uma discrepância exponencial entre o número de pessoas que necessitam de um transplante e o número de órgãos disponíveis para tal efeito.

Assim, a xenotransplantação apresenta-se nos dias de hoje como uma possível alternativa para diminuir esta discrepância - contudo esta prática apresenta alguns obstáculos à sua aplicação, seja do ponto de vista biológico ou ético.

A “bioética é a ética das biociências e biotecnologias que visa preservar a dignidade, os princípios e os valores morais das condutas humanas, meios e fins defensivos e protetivos de vida, nas suas várias formas, nomeadamente a vida humana e a do planeta” (Meneses, 2014). Por outras palavras, bioética é a ética

aplicada às mais variadas questões sobre a vida, principalmente as que envolvem a discussão acerca do valor da vida humana (Meneses, 2014). A transplantação de órgãos, e mais especificamente a xenotransplantação, é do interesse da Bioética pois envolve questões relacionadas com a dignidade e com os valores morais da vida (Meneses, 2014).

O presente artigo tem como objetivos realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema xenotransplantação, refletir sobre a xenotransplantação à luz da bioética e realizar uma análise pessoal sobre o tema.

Transplantação e Xenotransplantação

Definições

A transplantação “consiste numa permuta de células, tecidos ou até mesmo órgãos vivos de um dador para um recetor, com o objetivo de restabelecer ou melhorar a condição de saúde e qualidade de vida da pessoa recetora” (Portugal & Macheta, 2013). É possível distinguir três tipos de transplantes: autotransplante, homotransplante (ou alotransplante) e xenotransplante (ou heterotransplante) (Barcelos, 2009). O

autotransplante diz respeito à transplantação de tecidos ou células no próprio indivíduo. O alotransplante refere-se à transferência de órgãos, tecidos ou células de um indivíduo para outro, ambos pertencentes à mesma espécie, os quais podem ser obtidos de um dador vivo ou cadáver (Barcelos, 2009).

A xenotransplantação consiste na utilização de órgãos, tecidos e células de proveniência animal para transplante em seres humanos (Barcelos, 2009). O termo “xenotransplante” provem do grego “xenos”, que significa estrangeiro, o que reporta para os transplantes que ultrapassam as fronteiras existentes entre as espécies (Barcelos, 2009). De acordo com *United States Public Health Service* e *United States Food and Drug Administration*, define-se como qualquer procedimento que envolve o transplante, a implantação ou a infusão num recipiente humano de qualquer produto das seguintes duas categorias: células, tecidos ou órgãos vivos de uma fonte animal não humana; ou fluídos corporais, células ou tecidos humanos que contataram *ex vivo* com produtos de origem animal não humana (Meneses, 2014).

História

As primeiras experiências na área da xenotransplantação datam do início do século XVII, na tentativa de ressuscitar pessoas moribundas com transfusões de sangue animal (Meneses, 2014).

Em 1964, nos Estados Unidos, seis doentes foram transplantados com rins provenientes de chimpanzés (Barcelos, 2009). Um deles sobreviveu nove meses, contudo os restantes doentes morreram, uns no espaço de horas e outros ao fim de alguns dias (Barcelos, 2009). Em 1682, na Rússia, um crânio de um soldado ferido numa batalha foi reparado com osso de cão (Meneses, 2014).

Posteriormente, no século XIX, registaram-se diversas tentativas de transplantar tecidos animais para indivíduos, nomeadamente, retalhos de pele, uretras de ovelha ou olhos de coelho (Meneses, 2014). Foram inclusivamente utilizados fragmentos de testículo de macaco na esperança de reverter a impotência sexual (Meneses, 2014).

O caso “Baby Fae”, em 1984, em que um recém-nascido sobreviveu vinte dias a um transplante de coração

proveniente de um babuíno, e o caso de um doente com cirrose hepática que, em 1993, sobreviveu setenta dias a um transplante de fígado, também de um babuíno, são referência da continuidade da investigação e do interesse em transformar os xenotransplantes numa terapêutica clínica. (Barcelos, 2009)

Benefícios e Riscos

Para além de reduzir significativamente os custos em saúde a longo prazo, a transplantação representa uma possibilidade de salvar vidas e de proporcionar os melhores resultados em termos de qualidade de vida para os doentes (Barcelos, 2009). O sucesso alcançado por esta prática traduziu-se na sua aplicação intensiva, com o objetivo de salvar o maior número de vidas possível (Barcelos, 2009).

Contudo, as doações *post mortem* e em vida, deixaram de representar um recurso suficiente para responder a todos os doentes que se encontram em lista de espera (Barcelos, 2009). O desejável seria atingir cinquenta dadores por milhão de habitante e uma percentagem de dadores multi-órgãos situada nos 90% (Meneses, 2014).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Transplantação, em 2009 e 2010 Portugal atingiu, nomeadamente, 32,9 e 32,3 dadores por milhão de habitante (Macário & Filipe, 2010). Esta situação levou a uma busca incessante por novas alternativas que procurem satisfazer o elevado número de pessoas que necessitam de um transplante (Barcelos, 2009). Estas alternativas consistem na descoberta ou na criação de novas fontes de órgãos, para além das de proveniência humana, com o propósito de aumentar o número de transplantes realizados e dar resposta a todos aqueles que carecem de um órgão para sobreviver (Barcelos, 2009).

A xenotransplantação representa uma dessas alternativas. Atualmente, são realizadas com sucesso substituições de pequenas partes do corpo humano com outras oriundas de animais (Barcelos, 2009). É o caso das válvulas cardíacas ou vasos sanguíneos, provenientes na maior parte das vezes do porco, cuja utilização e transplantação em humanos constitui uma prática corrente em muitos hospitais (Barcelos, 2009).

Os animais que têm sido preferencialmente apontados para a xenotransplantação são os primatas, dada a sua

semelhança e proximidade biológica com os humanos (Barcelos, 2009). Considera-se provável que a resposta imunitária ao xenotransplante proveniente do primata seja menos intensa do que a verificada com outras espécies animais (Barcelos, 2009). No entanto, a utilização de primatas como fornecedores de órgãos levanta diversas objeções (Barcelos, 2009). Esta espécie apresenta um grau de paridade reduzido e a sua criação em cativeiro é difícil (Barcelos, 2009). Além do mais, muitos destes animais estão em perigo de extinção, pelo que a sua utilização em xenotransplantes representaria uma agravante para o seu desaparecimento (Barcelos, 2009).

Para além disso, existe uma grande facilidade de transmissão de doenças entre símios e humanos, provocada pela proximidade biológica existente entre ambos (Barcelos, 2009). Como tal, o porco é o segundo grande candidato (Barcelos, 2009). Isto deve-se ao facto deste animal ser um mamífero que apresenta diversas semelhanças anatómicas e fisiológicas com o ser humano (Barcelos, 2009). Apresentam a mesma estrutura e fisiologia renal, assim como a mesma frequência e volume respiratório e distribuição dos vasos coronários (Barcelos, 2009).

No que se refere à histocompatibilidade, já se possui um conhecimento bastante avançado sobre o sistema SLA (*swine leucocyte antigen system*) e o mesmo apresenta algumas semelhanças com o sistema HLA do humano (Barcelos, 2009). Para além disso, este animal existe em grandes quantidades, é de fácil criação e dá origem a uma múltipla descendência, o que representa um benefício para a manutenção industrial da espécie e disponibilização de um elevado número de animais fornecedores de órgãos (Barcelos, 2009). A utilização do porco como animal doméstico e para consumo humano, sendo criados e abatidos para tal, é algo já estabelecido na sociedade, o que representa menos contestação e constrangimentos relativamente ao seu uso em xenotransplantes (Barcelos, 2009).

Contudo, vários obstáculos se colocam à xenotransplantação (Meneses, 2014). Um deles consiste na rejeição do órgão transplantado, que é desencadeada pelas diferenças imunológicas existentes entre os animais e o homem (Barcelos, 2009). Quando se realiza um transplante de animal para o humano, o sistema

imunitário do recetor reage em relação ao órgão, considerado como um estranho no organismo (Barcelos, 2009). Este fenómeno passa pela produção de anticorpos contra os antigénios identificados no órgão transplantado (Barcelos, 2009).

Na tentativa de prevenir ou reduzir a resposta de rejeição imunológica, várias estratégias têm vindo a ser formuladas, como a engenharia genética, a imunossupressão, os inibidores do complemento e as barreiras físicas (Meneses, 2014). A possibilidade de modificar geneticamente os órgãos do porco tem vindo a ser particularmente explorada (Barcelos, 2009). Esta técnica consiste em introduzir material genético humano no genoma do porco, criando-se assim porcos transgénicos que não induzam uma resposta imunitária tão intensa quando forem transplantados no ser humano (Barcelos, 2009).

Um outro problema de ordem prática dos xenotransplantes consiste na transmissão de doenças do animal para o homem, denominadas zoonoses (Barcelos, 2009). Existe a possibilidade de transmissão de vírus, bactérias e príões que podem trazer consequências nefastas para o ser humano (Barcelos, 2009). Uma vez dentro do corpo humano, estes agentes patogénicos podem sofrer mutações ou recombinações com outros agentes patogénicos, e assim dar origem a novas infeções passíveis de se propagar na espécie humana (Barcelos, 2009). As zoonoses mais comuns são encefalopatia espongiforme transmissível, mediada por príões; retrovíroses com risco de mutação do vírus e propagação horizontal e vertical na população e viroses de DNA, que causam frequentemente tumores e outras patologias nos recetores. (Meneses, 2014)

Outro aspeto digno de consideração é o facto de o doente, após o transplante, realizar tratamentos longos com imunossupressores com o objetivo de controlar a rejeição do órgão (Barcelos, 2009). Todavia, o seu sistema imunitário está debilitado e apresenta maiores dificuldades em resistir a agentes estranhos que surjam no seu organismo, facilitando assim o desenvolvimento de outras doenças (Barcelos, 2009).

Assim, a xenotransplantação poderá constituir um meio para a propagação de doenças por microorganismos de origem animal, acarretando danos graves para a saúde pública (Barcelos, 2009).

Questões Bioéticas

Podemos dividir a problematização ética dos xenotransplantes em três questões fundamentais, nomeadamente, a realização de ensaios clínicos com órgãos de animais em humanos, a utilização de animais como meros fornecedores de órgãos e o impacto do xenotransplante na integridade da pessoa humana (Barcelos, 2009).

A primeira questão consiste na realização dos ensaios clínicos e nos efeitos que estes possam ter nos doentes (Barcelos, 2009).

A barreira imunológica que se impõe atualmente só pode ser superada com base em repetidos ensaios clínicos para melhoramento da técnica (Barcelos, 2009). Estes ensaios envolvem sempre riscos e benefícios que precisam de ser avaliados rigorosamente. Estes doentes estariam em risco de vida ao serem submetidos a um procedimento experimental (Barcelos, 2009). É importante considerar os possíveis riscos, como o não funcionamento do transplante e a transmissão de doenças, assim como as hipotéticas vantagens de aprender com os fracassos para avançar e saber como controlar melhor os problemas que previsivelmente irão surgir (Barcelos, 2009). Caso estes ensaios clínicos se venham a realizar, é indispensável a obtenção do consentimento informado por parte dos recetores e os mesmos deverão ser informados pelo médico de todos os possíveis riscos e também dos benefícios que a sua colaboração trará (Barcelos, 2009).

De acordo com a *International Xenotransplantation Association*, certos princípios éticos têm de ser aplicados a toda a experimentação, nomeadamente o respeito pela pessoa, a beneficência e a justiça (Sykes, d'Apice, & Sandrin, 2003). O respeito pela pessoa pressupõe a obtenção do consentimento informado (Sykes, d'Apice, & Sandrin, 2003). A beneficência, como o dever de beneficiar os outros, exige uma avaliação dos riscos e dos benefícios dos ensaios clínicos (Sykes, d'Apice, & Sandrin, 2003). A justiça exige uma seleção equitativa dos sujeitos sobre os quais recai a pesquisa (Sykes, d'Apice, & Sandrin, 2003). São realizadas avaliações éticas com a finalidade de assegurar que os estudos são realizados de acordo com esses princípios e suas aplicações (Sykes, d'Apice, & Sandrin, 2003).

A segunda questão refere-se à utilização de animais com a única finalidade de fornecerem órgãos (Barcelos, 2009).

A sociedade em geral tem vindo a consciencializar-se, cada vez mais, para os direitos dos animais e observa-se uma crescente atitude de maior respeito em relação ao uso de animais em prol da ciência (Barcelos, 2009). Os profissionais envolvidos na utilização de animais em pesquisas científicas devem ter consciência de que os mesmos são seres sencientes e que possuem uma sensibilidade similar à humana no que se refere à dor, memória, angústia e instinto de sobrevivência (Menezes, 2002). Devem ser utilizados com respeito e de forma adequada à espécie, sendo as suas necessidades de transporte, alojamento, condições ambientais, nutrição e cuidados veterinários atendidas (Menezes, 2002). A xenotransplantação pode ser entendida como uma nova forma de exploração do animal, que o submete a sofrimento, angústia e depois à morte (Barcelos, 2009). “Os animais seriam meros fornecedores de órgãos em benefício de novos procedimentos terapêuticos para o ser humano” (Barcelos, 2009).

A terceira questão baseia-se no impacto que a xenotransplantação poderá desencadear na pessoa e na sua integridade (Barcelos, 2009).

A perspectiva de, num futuro próximo, se vir a transplantar órgãos de animais em humanos levanta algumas questões de natureza antropológica (Barcelos, 2009). Gerar-se-á debate sobre o conceito de modificação substancial do ser humano, quando uma parte do seu corpo é substituída pela de um animal de outra espécie (Barcelos, 2009). O princípio da intangibilidade corporal reflete a pertença do corpo à identidade pessoal e, de acordo com este princípio, qualquer intervenção na integridade corporal é simultaneamente uma intervenção na integridade pessoal (Menezes, 2014). A xenotransplantação poderá provocar reações emocionais contraditórias nos recetores, nomeadamente perturbações psicológicas e negação da ideia de possuírem uma parte específica de um animal no interior do seu próprio corpo e da qual depende a sua vida (Barcelos, 2009).

Sob uma perspectiva teológica, a ética do xenotransplante tem em conta o estatuto do homem, a intenção terapêutica e o tratamento dos animais

utilizados para a terapia (Burlak, Mueller, & Beaton, 2015). São considerados os aspetos da medicina, ética social e ética animal em relação ao xenotransplante (Burlak, Mueller, & Beaton, 2015). Dentro da fé católica e teológica existe um imperativo ético intrínseco de curar. Contudo, a Igreja reconhece que a xenotransplantação ainda está numa fase inicial e como tal, é necessário considerar e refletir sobre os riscos médicos e as consequências, positivas e negativas, que advêm desta prática (Burlak, Mueller, & Beaton, 2015). A ética teológica não proíbe absolutamente o xenotransplante, desde que certos aspetos relativos à personalidade e autonomia não sejam comprometidos e que os animais sejam tratados de forma responsável e não meramente de forma instrumental (Burlak, Mueller, & Beaton, 2015).

Reflexão pessoal

Um dos motivos pelo qual escolhi este tema foi para poder formular uma opinião, todavia, à medida que o conhecimento sobre o assunto ia avançando, mais questões e dúvidas se levantavam e menos respostas surgiam. Dada a extrema complexidade deste assunto e os diversos aspetos a ter em consideração, existe uma séria dificuldade ao tentar resolver os diversos dilemas éticos que se apresentam relacionados com a xenotransplantação. A necessidade de encontrar alternativas viáveis à transplantação, face ao exponencial número de pessoas que necessitam de um órgão, é imperativa. A xenotransplantação é considerada como uma possível solução para resolver esta procura.

Considero que, primeiramente, surge a necessidade de ultrapassar os obstáculos de ordem prática que neste momento se colocam como entrave à transplantação de órgãos de animais em pessoas. Revejo-me nas considerações da autora Marta Barcelos quando a mesma destaca os dois principais problemas de ordem prática, a rejeição do órgão transplantado e a transmissão de doenças do animal para o ser humano. Vários estudos de investigação têm sido realizados com o objetivo de criar métodos que atenuem e superem estes problemas. Para verificar o sucesso destes métodos é necessário realizar experimentações.

Estes ensaios clínicos, como já foi abordado, representam um dilema ético, devido aos diversos riscos que representam para a pessoa. A pessoa sujeita a estas experimentações tem de ter a sua autonomia

respeitada, ou seja, tem de ser sujeita a estes procedimentos por sua própria vontade. Inquestionavelmente, precisa de ser informada na totalidade sobre todos os aspetos referentes à sua participação, inclusivamente sobre os possíveis riscos, mas também sobre as vantagens e os benefícios que advêm da sua participação. Sob o meu ponto de vista, não tendo em conta as questões relacionadas com a utilização de animais e o valor da vida dos mesmos, não vejo problema na realização de ensaios clínicos, se todas as condições referidas anteriormente estiverem reunidas. Considero até que uma pessoa que se submete a estes ensaios clínicos demonstra um grande altruísmo.

O problema da transmissão de doenças representa outra questão ética, em que ambos os lados da balança ficam mais pesados, na minha opinião. Por um lado, temos todas as vantagens associadas à xenotransplantação, já referidas ao longo do trabalho, mas por outro, temos a possibilidade de serem transmitidas doenças de origem animal para o ser humano, associada ao risco de surgimento de novas doenças que poderiam afetar profundamente a saúde pública. Na minha opinião, estes animais teriam de ser criados em condições muito especiais e teriam de ser realizados testes minuciosos aos órgãos a transplantar para descartar completamente a hipótese de estarem presentes agentes patológicos. Contudo, tenho noção de que o erro é sempre real e como tal também este risco seria sempre real. Para mim, a questão em bruto que se impõe é: será que valeria a pena? Seria correto colocar em risco a saúde das pessoas e da população? Mesmo sendo por algo que salvaria muitas outras vidas? É com muita incerteza que considero estas questões, pois de facto não sabemos o que poderia acontecer. Poderia dar-se o caso de nunca serem contraídas nenhuma doenças de origem animal, ou que o número de pessoas a contraí-las seja pouco significativo relativamente ao número de casos de sucesso. Mas ainda assim é muito provável que, seja por rejeição do órgão ou por transmissão de doenças, várias pessoas percam a sua vida até ao hipotético momento em que a xenotransplantação é um recurso terapêutico seguro. E o valor intrínseco dessa vida humana não pode ser esquecido. Mas será que podemos considerar essas mortes em prol de um bem maior? Sinceramente não sei, penso que se trata de

uma questão muito delicada e sobre a qual é muito difícil decidir.

O dilema ético que mais me sensibiliza relativamente a este tema é o da utilização de animais com a única finalidade de fornecedores de órgãos. Desde que me recorde que nutro um grande carinho por animais, especialmente por mamíferos. Como tal, sou contra todas as atividades que explorem os animais e que não tenham em consideração o valor da sua vida. A espécie humana considera-se superior às demais, e de facto, somos os seres mais desenvolvidos e complexos que habitam na Terra. Contudo, aquilo que verdadeiramente nos distingue das restantes espécies é a nossa capacidade de reflexão.

Está provado que, tal como nós, os animais sentem um variadíssimo conjunto de emoções. Será que apenas pelas nossas características “superiores” temos o direito de dispor das restantes espécies a nosso bel prazer e de utilizá-las para satisfazer o nosso interesse? Na minha opinião, não. Mas o que é certo é que já o fazemos. Um exemplo claro disso é a indústria alimentar animal, em que animais são criados, muitas vezes em condições deploráveis, única e exclusivamente para consumo humano. No que se refere à xenotransplantação a grande diferença reside na finalidade, quando se considera que uma vida animal pode salvar uma vida humana. A questão que automaticamente se esboçou na minha mente foi: e se fosse alguém próximo de mim, ou até mesmo eu, necessitasse de um transplante? Iria recusá-lo por ser proveniente de um animal que perderia a sua vida por minha causa? Apesar de tudo aquilo que defendo, provavelmente não... Esta questão afetou-me particularmente, mas tentei considerá-la com o máximo de objetividade possível. Nos dias de hoje, já utilizamos os animais para satisfazer tantas das nossas necessidades, muitas vezes supérfluas, que utilizá-los para salvar vidas não me parece assim tão mal. A condição que, para mim, tem de ser assegurada, relaciona-se com a forma como utilizamos e tratamos os animais, seja para que finalidade for.

Segundo o meu ponto de vista, não temos o direito de maltratar ou fazer sofrer animais, e como tal, mesmo fazendo deles um recurso para a xenotransplantação, isso não nos impede de lhes proporcionar boas condições de vida. Considero fulcral não olharmos para

os animais como meros objetos e perceber que tal como nós, eles são um ser que vive, que sente e que percebe o que está a seu redor, e como tal são merecedores de dignidade e de respeito.

Conclusão

O xenotransplante, cujas primeiras experiências remontam aos anos 60, surge num contexto de escassez de órgãos humanos e é apontado como uma forma alternativa para superar as necessidades dos doentes que carecem de um transplante (Barcelos, 2009). Todavia, a expectativa inicial de se transplantar um órgão como o rim, fígado ou coração, está longe de ser uma realidade terapêutica (Barcelos, 2009). Para que tal aconteça, é necessário superar alguns aspetos científicos e também éticos que envolvem esta problemática (Barcelos, 2009).

Do ponto de vista científico, a fronteira existente entre o animal e o humano é separada pelo problema imunológico da rejeição do órgão e pela possível propagação de doenças (Barcelos, 2009). Do ponto de vista ético, importa destacar a realização dos ensaios clínicos e a seleção dos doentes, a utilização de órgãos de animais, à luz da perspectiva dos “direitos dos animais” e o impacto que o transplante pode assumir na integridade da pessoa recetora (Barcelos, 2009).

Foram atingidos os objetivos propostos, tendo sido realizada a revisão bibliográfica sobre xenotransplantação e a apresentação dos benefícios e riscos inerentes a esta prática, assim como os dilemas éticos relacionados com a mesma e também realizada uma reflexão inteiramente pessoal sobre o tema.

Considero que a xenotransplantação é um assunto extremamente atual, contudo não o perceciono como sendo muito debatido. Seria importante mobilizar a opinião pública relativamente a este tema, pois as questões éticas relacionadas são extremamente profundas. Algo que me surpreendeu foi o facto de a legislação portuguesa não abordar a xenotransplantação, apenas o transplante e a doação de órgãos de dadores humanos.

Referências

Barcelos, M. R. (2009). *Intergridade da pessoa: fundamentação ética para a doação de órgãos e*

- tecidos para transplantação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Departamento de Bioética, Lisboa. Obtido em 9 de Janeiro de 2016, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1043/1/18238_ulsd_dep.17667re_MRDBarcelos_Integridade_da_Pessoa.pdf
- Burlak, C., Mueller, K., & Beaton, B. (2015). Xenotransplantation literature update, May-June 2015. *Xenotransplantation - Journal of the International Xenotransplantation Association*, 22, pp. 325-327. doi:10.1111/xen.12181
- Macário, F., & Filipe, R. (2010). *Actividade da Transplantação em Portugal*. Obtido em 13 de Janeiro de 2016, de SPT - Sociedade Portuguesa de Transplantação: http://www.spt.pt/download/Transplantacao_em_Portugal_Estatisticas-20140113-211346.pdf
- Meneses, R. D. (2014). Transplante de órgãos: orientações axiológico-éticas e jurídicas. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 14, pp. 105-142. Obtido em 9 de Janeiro de 2016, de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/39040/1/art5.pdf>
- Menezes, H. (Julho - Dezembro de 2002). Ética e pesquisa em animais. *Revista AMRIGS - Simpósio sobre Ética*, 46(3), pp. 105-106. Obtido em 9 de Janeiro de 2016, de <http://www.amrigs.com.br/revista/46-03/%C3%89tica%20e%20pesquisa%20em%20animais.pdf>
- Portugal, A., & Macheta, M. (Julho de 2013). Transplante e Doação de Órgãos e Tecidos a Partir de Dadores Vivos - Uma Reflexão Bioética. *Revista Percursos*(28), pp. 30-42. Obtido em 9 de Janeiro de 2016, de <http://comum.rcaap.pt>
- Sykes, M., d'Apice, A., & Sandrin, M. (2003). Position Paper of the Ethics Committee of the International Xenotransplantation Association. *Xenotransplantation - Journal of the International Xenotransplantation Association*, 10, pp. 194-202. Obtido em 10 de Janeiro de 2016, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1399-3089.2003.00067.x/epdf>



<https://pixabay.com/en/climbing-wood-palgakjeong-cloud-1148883/>

Transexualidade

Transsexualism

Artigo elaborado por Andreia Fernandes e Joana Roxo
Revisão Lucília Nunes

Resumo

A transexualidade é definida por pessoas que não se identificam com o seu género de acordo com o seu sexo e, ainda que o conceito tenha sofrido alterações, acredita-se que a perturbação da identidade de género esteve presente nos grandes marcos históricos do Mundo. Esta perturbação pode ser diagnosticada em pessoas de todas as faixas etárias, a sua etiologia é multifatorial. A perturbação de identidade de género causa desconforto e sofrimento, que consequentemente provoca alterações no desenvolvimento, na vida social e ocupacional. Esses sentimentos direcionam a pessoa a querer mudar as suas características sexuais. O processo de transição engloba uma equipa multidisciplinar, com vários profissionais de saúde, que abrangem psicoterapias e experiências reais, tratamentos endócrinos, cirúrgicos e estéticos. O tratamento hormonal e cirúrgico assumem um papel fundamental no processo de transição anatómica e psicológica. A construção da identidade de género aponta questões éticas no controlo e limites da utilização de técnicas biomédicas.

Palavras-chave: Processo de transição; Perturbação de identidade de género; Transexualidade

Abstract

Transsexualism is defined by people who do not identify with their gender according to their sex; this concept has been modified and it is believed that gender identity disorder was present in major landmarks of the world. This disorder can be diagnosed in people of all ages, and the etiology is multifactorial. Gender identity disorder causes discomfort and suffering, which in turn causes changes in the development, social and occupational life. These feelings directs the person to want to change their sexual characteristics. The transition process involves a multidisciplinary team, with various health care professionals, covering psychotherapies and real experiences, endocrine, surgical and aesthetic treatments. The hormonal and surgical treatment plays a key role in the anatomical and psychological transition. The construction of gender identity points ethical issues in control and limits on the use of biomedical techniques.

Key Words: Identity person disorder; Transition process; Transsexualism

Introdução

Com este artigo pretendemos realizar uma descrição do conceito da transexualidade e explicitar as questões envolvidas que entendemos pertinentes, apresentar uma breve história da evolução da transexualidade no mundo, referir o processo de transição realizado assim como questões éticas envolvidas em torno deste tema, expor o papel dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, nos cuidados à pessoa transexual.

Fazemos um enquadramento teórico, com apresentação de revisão de literatura acerca do conceito de transexualidade, breve história da sua evolução, a exposição do processo de transição realizado às pessoas transexuais, o reconhecimento legal e questões éticas, o papel dos enfermeiros nos cuidados à pessoa transexual e uma reflexão pessoal acerca do tema.

Conceito de Transexualidade

Ao longo do nosso crescimento e desenvolvimento, intra e extra-uterino, ocorrem diversos fenómenos que nos definem, podendo estes ser influenciados por meios externos. Um destes fenómenos é a definição do sexo, que se caracteriza pela classificação biológica em termos de masculino e feminino. Por outro lado, o género é aplicado pelas “leis” da sociedade onde se define uma classificação de homem e mulher. O papel de género caracteriza-se pela forma de agir em diversas circunstâncias e que vão de acordo com o género. A identidade de género expressa o género pelo qual a pessoa se identifica. (COUTO, 2013)

Existem pessoas que não identificam o seu género de acordo com o seu sexo, ou seja, identificam-se com o género do sexo oposto - este tipo de pessoas podem-se definir por transgéneros ou transexuais. No transgenerismo, a pessoa identifica-se com o género do sexo oposto, no entanto não sente a necessidade de realizar uma transformação física (COUTO, 2013). O transgénero possui comportamento, aparência e

identidade que releva uma perturbação com as normas culturais definidas para o género do seu respetivo sexo (PINTO, et al., 2012). Na transexualidade, a pessoa apresenta uma identificação com o género do sexo oposto e necessidade de mudança permanente do sexo anatómico. Não existe relação deste desejo com a orientação sexual, sendo que a pessoa transexual pode ser heterossexual, bissexual ou homossexual. (COUTO, 2013)

Na transexualidade, existe presença de perturbação de identidade de género constante e persistente, caracterizada por uma identificação de género cruzada. Nesta perturbação ocorre uma incongruência entre o sexo da pessoa e o sexo com que a pessoa se identifica (COUTO, 2013). Esta perturbação causa na pessoa um desconforto, mal-estar e sofrimento, que provoca alterações no desenvolvimento, nomeadamente, na sua vida social e ocupacional. Estes sentimentos na pessoa com perturbação de identidade de género leva ao desejo de mudança das suas características sexuais (órgão genital e características secundárias). (PINTO, et al., 2012)

Segundo Couto (2013), as pessoas com perturbação de identidade de género devem apresentar as seguintes características: comportamentos de transposição de género presentes durante dois anos; não existência de problemas psiquiátricos graves que possam provocar este desejo de mudança de sexo anatómico (exemplo: esquizofrenia); não existe associações de situações de intersexo ou alterações cromossómicas; o desejo de mudança não ocorre resultante de situações de *fetichismo travestido* e existe presença de sofrimento ou défice significativo do desenvolvimento social, ocupacional e de outras áreas de interesse da pessoa.

As pessoas em que pode ser diagnosticado esta perturbação de identidade de género podem pertencer a qualquer faixa etária (PINTO, et al., 2012) e os sinais e sintomas também podem surgir em qualquer idade. No caso das crianças, os sinais e sintomas ocorrem por volta dos 3 a 4 anos de idade e passam essencialmente por: insistência que pertencem ao sexo oposto, preferência por colegas do sexo oposto, chamar-se por nome, habitualmente, do sexo oposto, fantasiar-se com acessórios mais apropriados para o

sexo oposto, recusar urinar de acordo com normas sexuais e isolamento devido a rejeição dos pares.

No caso dos adolescentes, adultos e idosos, os sinais e sintomas passam por existência de desejo de viver, de possuir um papel social e de ter uma aparência física como um membro do sexo oposto. Estas pessoas poderão demonstrar-se desconfortáveis em mostrar o corpo às outras pessoas, sendo a sua vida sexual limitada. O pedido de auxílio para alteração das características físicas tem início na última fase da adolescência e início da fase adulta. (COUTO, 2013)

A etiologia desta perturbação de identidade de género crê-se que é multifatorial, onde existem diversos fatores internos e externos capazes de ter um impacto relevante na identificação sexual da pessoa. Não existem alterações de parâmetros biológicos em pessoas diagnosticadas com esta perturbação. (COUTO, 2013)

Segundo Pinto e Moleiro (2012), os transexuais são vítimas de diferentes tipos de discriminação, tendo desta forma um risco elevado de desenvolver diversas alterações na sua saúde mental, nomeadamente, perturbações de ansiedade, fobia social, depressão, alterações do comportamento alimentar e abuso de substâncias.

Breve História da Evolução da Transexualidade

A transexualidade ao longo dos anos tem vindo a sofrer alterações e acredita-se que esta perturbação da identidade de género seja algo que esteve presente nos grandes marcos da história mundial. (COUTO, 2013)

No império romano, segundo Green (1999) citado por Couto (2013), é descrito que existiam diversos homens que se enfatizavam de mulheres, agiam como tal e chegavam a retirar o pénis para alcançar o objetivo de se tornarem num membro do sexo oposto na comunidade, assim como, casos de diversos imperadores que se vestiam de mulher, ou então se casavam com escravos que se tinham tornado no sexo oposto. No período renascentista, surgiram os primeiros trabalhos científicos sobre a sexualidade e em 1877, Kraft-Ebbing, publica num dos seus livros o termo "*Metamorfose Sexual Paranóica*" para se referir à transexualidade. Mais tarde, em 1910, Magnus

Hirschfeld, foi o primeiro a utilizar o termo transexual e fundou, oito anos depois, o considerado primeiro instituto direcionado para o estudo da sexualidade. Em 1952 ocorre a primeira cirurgia oficial para a mudança de sexo, realizada num jovem americano, que anteriormente teria executado um tratamento hormonal para auxiliar a alcançar os seus objetivos. Esta intervenção cirúrgica foi liderada pelo médico Christian Hamburger. Nesse mesmo ano, Harry Benjamin, utilizou o termo de transexualidade de forma autónoma e diferenciada de psicoses e perversões.

Em 1964 foi fundada a *The Erickson Educational Foundation*, marco importante para a história, uma vez que contribuiu de forma significativa para a compreensão e definição da transexualidade. Em Portugal, em 1989, ocorreu a primeira cirurgia de mudança de sexo. Nos tempos de hoje, a comunidade de saúde está mais sensibilizada para a questão da transexualidade e existem diversos recursos a que estas pessoas podem recorrer para realizar o tratamento direcionado às suas necessidades. (COUTO, 2013)

Processo de transição

A recomendação n.º 1117 da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 29 de Julho de 1989, e a Resolução do Parlamento Europeu de 12 de Setembro de 1989 apresentaram uma recomendação aos Estados Membros que legislassem de acordo com o reconhecimento do direito ao processo de transição do sexo atribuído ao nascimento às pessoas transexuais, para que essa transição corresponda à sua identidade de género e no sentido de as inserir nos serviços de saúde sociais. (ASSOCIAÇÃO ILGA PORTUGAL, 2006)

Em Portugal existem maiores entraves em todo o processo, tanto a nível clínico como burocrático, caso a pessoa transexual recorra ao Serviço Nacional de Saúde. Também pode recorrer ao serviço privado, contudo este acaba por ser mais dispendioso e é mais complicado encontrar profissionais de saúde com habilitações para lidar com pessoas transexuais, principalmente a nível psicológico e psiquiátrico. (ASSOCIAÇÃO ILGA PORTUGAL, 2006)

O processo de transição engloba uma equipa multidisciplinar, incluindo entre outros, profissionais em saúde mental, endocrinologistas, urologistas e outros cirurgiões. Abrange a psicoterapia e experiências reais, tratamentos endócrinos (hormonais), cirúrgicos e tratamentos normalmente considerados estéticos (como a remoção dos pêlos faciais nas mulheres transexuais, um procedimento que acaba por estar longe de ser considerado meramente estético neste caso). (BAUNER, et al., 2012)

Em Portugal, este processo inicia-se com consultas onde funcionam equipas pluridisciplinares de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos ou do Hospital de Santa Maria, independentemente da zona do país em que vivem. A partir daí a pessoa é acompanhada por um psicólogo que confirmará se a pessoa possui, ou não, o diagnóstico de transtorno de identidade de género, de forma a precaver situações que podem originar casos de pseudotransexualidade, como fetiche, esquizofrenia, autoginefilia, etc. Após o término da fase de avaliação psicológica inicia-se o tratamento hormonal. (ASSOCIAÇÃO ILGA PORTUGAL, 2006)

O tratamento hormonal (Hormonoterapia) assume um papel fundamental no processo de transição anatómica e psicológica. Na grande maioria dos casos a terapia hormonal é necessária para uma adaptação ao novo género. A partir dela, a qualidade de vida da pessoa melhora, tornando-se num fator limitante da comorbilidade psiquiátrica. Ao administrar hormonas específicas tanto no homem como na mulher, está-se a contribuir para que a pessoa se sinta e pareça mais com aquilo que sempre desejou ser. (FREITAS, et al., 2011)

Para que o tratamento hormonal inicie, a pessoa têm o direito de ser informada acerca dos riscos médicos, benefícios e riscos sociais, daí que seja obrigatório ter idade igual ou superior a 18 anos e, ainda, a relação da terapia com a experiência real de vida e a psicoterapia. (FREITAS, et al., 2011)

Os efeitos benéficos da hormonoterapia podem não se manifestar após 2 anos de tratamento contínuo, uma vez que a hereditariedade limita a resposta dos tecidos às hormonas, e o aumento da dose também não contribui para tal. (FREITAS, et al., 2011)

No caso de transexualismo primário feminino, ou seja, feminino para masculino, as terapêuticas utilizadas são a testosterona e medicamentos que interrompam o ciclo menstrual, com o intuito de se observar um aumento da massa muscular e respetiva força, engrossamento da voz, hipertrofia do clitóris, atrofia mamária ligeira, aumento da pilosidade facial e corporal, alopecia tipo masculino, aumento de peso, aumento da libido, diminuição do tecido adiposo na região das ancas e supressão da menstruação. (FREITAS, et al., 2011)

No transexualismo primário masculino, que consiste na mudança do masculino para feminino e que é considerada a transição mais frequente, os resultados definitivos são mais favoráveis e administra-se estrogénio conjugado e Etinilestradiol para se adquirir crescimento mamário (que pode vir a ser suficiente sem a necessidade de mamoplastia), aquisição de outros contornos femininos como o aumento e redistribuição do tecido adiposo, diminuição da massa muscular, pele mais fina, queda da pilosidade corporal, redução ou até paragem da alopecia de padrão masculino, diminuição da fertilidade e do volume testicular, ereções menos firmes e alteração da voz. Nestes casos, o tratamento hormonal provoca reduzidas alterações relativamente à voz, podendo a pessoa recorrer a cirurgia da laringe, havendo sempre o recurso à terapia da fala. (COUTO, 2013)

Para além destas alterações, é importante abordar os possíveis efeitos secundários negativos que as hormonas podem provocar em pessoas com determinadas patologias ou com risco cardiovascular, salientado por exemplo, problemas de coagulação, algumas doenças endócrinas, hipertensão, etc. (FREITAS, et al., 2011)

Uma vez que a toma de hormonas por transexuais é permanente, após a fase cirúrgica, é apenas administrada a hormona sexual respetiva (estrogénio ou testosterona), mas em doses geralmente mais baixas do que as que tomavam antes do processo de reatribuição sexual. (COUTO, 2013)

Após a vivência da experiência real como membro do sexo oposto e com convicção de querer continuar o processo de transição, a pessoa será direcionada para a equipa de cirurgia. A cirurgia de mudança de sexo,

ou de reatribuição sexual, consiste num procedimento que é feito em último lugar em países que possuem programas clínicos de atendimento a transexuais de forma a adequar os seus desejos à estrutura social orientada pelos papéis de género. Uma vez que algumas das operações são de carácter irreversível, os procedimentos cirúrgicos tem vindo a atender às ansiedades da pessoa transexual. (COUTO, 2013)

É fundamental que a equipa cirúrgica tenha consciência que não deve realizar nenhuma operação a menos que existam motivos consistentes para acreditar que a pessoa transexual beneficiará emocionalmente com as intervenções. (BAUNER, et al., 2012)

Em Portugal, as cirurgias de reatribuição sexual, do masculino para feminino, consistem na remoção do pénis (penectomia ou peotomia), escroto e testículos, construção de lábios genitais e uma vaginoplastia, a partir da ablação do pénis. Pode existir uma mamoplastia de aumento para as pessoas que após anos de hormonoterapia não houve desenvolvimento de mamas. (COUTO, 2013)

Pessoas transexuais do sexo feminino para masculino normalmente submetem-se a uma mastectomia bilateral e à construção de um neofalo. Para além destas intervenções, podem ainda ser necessárias pequenas correções cirúrgicas, como por exemplo, tamanho dos mamilos, complicações que possam surgir como resultado das várias cirurgias e no final, correções de eventuais cicatrizes. (COUTO, 2013)

Relativamente aos aspetos éticos, o encaminhamento para a cirurgia ainda é considerado um tema controverso entre os profissionais de saúde, especialmente no que toca à possibilidade da contribuição da cirurgia para a melhoria da qualidade de vida dos transexuais. Como se trata de uma intervenção irreversível, a decisão da sua realização deve ser cercada de inúmeros cuidados. Dito isto, a cirurgia de reatribuição sexual não deve ser realizada mediante o mero requerimento da pessoa, como ocorre de forma comum nas cirurgias plásticas, por exemplo. (BAUNER, et al., 2012)

Segundo o art. 13 do Código Civil, “salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade

física, ou contrariar os bons costumes”, torna-se necessário refletir acerca dos limites dos atos de disposição do próprio corpo. Todavia, é possível afirmar que no contexto do transtorno de identidade de género, a realização da cirurgia, apesar de extremamente interventiva e de carácter definitivo, ganha contornos de intervenção terapêutica, uma vez que os transexuais expressam a sensação de renascimento que adveio da cirurgia, e de satisfação, verificando-se assim uma grande liberdade e auto-confiança sentidas consigo próprios, com a família e comunidade. (BAUNER, et al., 2012)

Reconhecimento legal da transexualidade em Portugal

Em termos legislativos a aprovação de mudança de sexo e alteração do mesmo na certidão de nascimento tem vindo a sofrer diversas alterações. Atualmente, diversos países a nível mundial reconhecem legalmente este processo e permitem desta forma pessoas transexuais de viver a vida que sempre sonharam. (COUTO, 2013)

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa e Resolução do Parlamento Europeu, a 1989, executaram recomendações que referiam a necessidade, aos estados membros, de reconhecerem às pessoas, com perturbação de identidade de género, o direito de reatribuição de sexo através de tratamentos adequados nos serviços de saúde sociais. (COUTO, 2013)

Em 2011 o Parlamento Europeu transmitiu numa resolução que condenava que a homossexualidade, bissexualidade e transexualidade fossem vistas como uma doença mental. Este facto ainda decorre em diversos países, incluindo membros da União Europeia. Em 2007, “Os Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Género” (COUTO, 2013, p. 73) referem que todos os cidadãos têm o direito de se verem reconhecidos como pessoas perante as leis, e desse modo, pessoas com perturbações de identidade de género, devem poder usufruir da sua capacidade jurídica em todos os momentos da sua vida. Infelizmente, este princípio ainda não foi oficializado como padrão internacional, no entanto é adotado pela

ONU e diversos países como orientação e guia para políticas. É pertinente referir, também, que o artigo 8º da Convenção do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos constitui como uma violação a negação à mudança da certidão de nascimento à pessoa com perturbação de identidade de género. (COUTO, 2013)

Em Portugal, em termos legais até 1995 era proibido, pela Ordem dos Médicos, de se realizar uma reatribuição de sexo, uma vez que se considerava uma ação ilícita e eticamente incorreta pois provocava uma mudança em pessoas morfologicamente normais. A partir de 19 de maio desse mesmo ano, a Ordem dos Médicos declarou ser proibida a realização de uma cirurgia a pessoas morfologicamente normais, com exceção a pessoas a quem tinha sido diagnosticado perturbação de identidade de género. (COUTO, 2013)

Relativamente à possibilidade de alteração de elementos constituintes do registo civil, todo o processo era prolongado e bastante doloroso para a pessoa. Até 15 de março de 2011, a pessoa transexual para alcançar esse objetivo teria de realizar uma ação contra o estado, no qual executava um pedido ao tribunal para que este realizasse uma declaração que reconhecesse que as particularidades daquela pessoa eram diferentes das quais constavam no seu registo civil, e assim, poder alterar o registo de nascimento, nomeadamente, sexo e nome. A partir dessa data, foi estabelecida a LEI N.º 7/2011, que levou à mudança deste processo, permitindo que esta alteração de elementos constituintes do registo civil pudesse ser requerida numa conservatória de registo civil apenas com a apresentação de um requerimento de alteração de sexo e um relatório com comprovação de que a pessoa foi diagnosticada com uma perturbação da identidade de género. Esta mudança levou a que o processo se tornasse mais rápido e facilitador para a pessoa, pois tornou-se independente do facto de a pessoa ter ainda feito ou não a cirurgia de reatribuição de sexo. Levou, também, à possibilidade das pessoas começarem uma vida, de acordo com os seus ideais, de uma forma mais rápida e, desse modo, libertarem-se do sofrimento e exclusão que sofriam anteriormente. (COUTO, 2013)

O tema da transexualidade emerge diversas questões éticas que pode levar ao conflito de ideias e princípios.

Estes conflitos podem surgir na própria pessoa transexual, levando a desacordos individuais entre a identidade de género e identidade sexual e podem, também, surgir entre a própria pessoa e os outros que se encontram à sua volta. (SCHRAMM et al., 2011)

Os problemas éticos ocorrem em transexuais adultos, uma vez que estes têm noção da sua perturbação e, podem, pedir de forma continua uma reatribuição de sexo. Este facto leva a que seja desafiada a anatomia e o destino do género do indivíduo, levantando assim uma questão ética. É importante, para a clarificação, ter a noção de que a identidade de género não se refere apenas ao seu sexo, mas sim por vezes à escolha que o indivíduo faz, ou seja, não reduzir a identidade de género apenas às características biológicas. Desta forma, todo o processo de tratamento contribui para um bem moral pois permite a proteção da saúde mental da pessoa transexual. (REIS, 2012)

Esta construção da identidade de género aponta questões éticas em termos de controlo e limites da utilização de técnicas biomédicas, uma vez que pode ser ultrapassado o objetivo terapêutico do tratamento. Esta intervenção é considerada uma interferência física, genética e fisiológica, no entanto, também, psicológica, comportamental, simbólica, jurídica e social. É muitas vezes alertado para o facto de a sociedade ser bastante consumista, o que pode levar a que pessoas que necessitavam apenas de tratamento psicológico, utilizar esta intervenção para alcançar objetivos próprios e inapropriados. (REIS, 2012)

As pessoas com perturbação de identidade de género necessitam de realizar esta intervenção de reatribuição de sexo, pois é apenas desta forma que conseguem superar o sofrimento e angustia de viver em constante conflito. Para justificar esta necessidade é levantado o princípio ético de totalidade. (REIS, 2012)

Outro dos princípios que emergem relativamente a esta intervenção é o consentimento informado, uma vez que a pessoa transexual tem o pleno direito de saber todas as questões referentes a esta mudança antes de se iniciar o tratamento, tais como: intervenções a realizar, efeitos secundários ou colaterais a estas intervenções, riscos que corre ao realizar essas intervenções e as probabilidades de êxito. (REIS, 2012)

Relativamente às intervenções realizadas ao longo do tratamento adequado à pessoa transexual, irá ocorrer numa fase posterior uma infertilidade permanente, no entanto, no caso de o indivíduo que muda do sexo feminino para o masculino, dá-se a possibilidade de se preservar os órgãos sexuais internos para, se mais tarde for esse o desejo, ter a possibilidade de ocorrer uma gravidez. Este facto leva a que seja gerado um conflito ético, ou seja, “se será ético manipular o corpo tendo em conta apenas o desejo pontual de ser mãe possuindo uma identidade de género do tipo masculino.” (REIS, 2012, p. 58)

Outra das questões relevantes a serem referidas são as implicações legais e sociais associadas a estes casos, em que a pessoa transexual tem o direito a ser reconhecido perante a sociedade como membro do género que resolver escolher. (REIS, 2012) Isto volta-se para o princípio da igualdade (MARQUES et al., 2012) e autonomia, promovendo qualidade de vida e bem-estar à pessoa transexual. (SCHRAMM ET AL, 2011)

Cuidados de Enfermagem a Pessoa Transexual

Partindo da premissa expressa no processo de enfermagem e na promoção da saúde integral, o papel do Enfermeiro frente à saúde do transexual consiste na educação em saúde, trabalhando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) sob os seus princípios éticos e legais, pois esta é fundamental para a melhoria da qualidade de vida desse público e contribui para a redução da discriminação e do preconceito institucional e social e das desigualdades e consolidação do Serviço Nacional de Saúde como sistema universal, integral e equitativo. (MATOSO, 2014)

Relativamente aos objetivos, estes vão ao encontro da melhoria do acesso aos serviços de saúde, qualificando essa rede para um cuidado e atenção à saúde das minorias sexuais, focando-se mais nas Doenças Sexualmente Transmissíveis, VIH, hepatites virais e prevenção do cancro da próstata. (MATOSO, 2014)

É importante realçar que a condição de transexual coloca as pessoas em maior risco no que respeita à sua saúde mental. Os Profissionais de saúde mental

podem desempenhar um papel importante na promoção do bem-estar psicológico e da qualidade de vida deste público, uma vez que estes não os procuram apenas por questões relacionadas com a sua identidade de género. Através de investigações, foi possível constatar os efeitos positivos resultantes da psicoterapia, onde a maioria dos participantes relatou mudanças de vida positivas associadas a práticas psicoterapêuticas. Estes sentimentos estão relacionados com a aceitação e ao respeito pela identidade de género, à flexibilidade na abordagem terapêutica e à proximidade com a comunidade transexual. A perceção da importância da empatia e do suporte torna-se essencial no desenvolvimento de relações terapêuticas produtivas e duradouras. (PINTO, et al., 2012)

As diretrizes internacionais assinalam que qualquer profissional de saúde que assista pessoas transexuais deve respeitar os seguintes princípios fundamentais:

- Revelar respeito pelas pessoas transexuais, independentemente da sua identidade e expressões de género;
- Prestar cuidados de saúde (ou encaminhar para profissionais de saúde mais bem preparados) orientados para a diminuição do mal-estar provocado pela disforia do género, de modo concordante com a identidade de género de cada um;
- Manter-se informado acerca das necessidades de saúde das pessoas transexuais, nomeadamente dos benefícios e dos riscos das diferentes opções de tratamento;
- Fazer corresponder o tratamento às necessidades e aos desejos específicos de cada paciente – nomeadamente no que respeita às suas expressões de género;
- Facilitar o acesso a cuidados de saúde adequados;
- Obter o consentimento informado;
- Prestar cuidados de saúde continuados;
- Estar preparado para prestar apoio às pessoas transexuais através da intervenção junto das famílias e comunidades. (PINTO, et al., 2012)

Os profissionais de saúde mental ainda não se encontram habilitados para abordar o público em questão (uma vez que assumem como papéis centrais

os de determinarem quais as pessoas adequadas a receberem tratamento hormonal e que possam ser encaminhadas para a cirurgia de reatribuição sexual). (PINTO, et al., 2012)

No entanto, os profissionais de Enfermagem têm desempenhado um papel crucial no que toca à educação para a saúde. Contudo, na sua prática quotidiana ainda se deparam com algumas limitações, nomeadamente nas questões referentes à educação do género masculino ou feminino diante da transexualidade, mas que a mesma, através da educação para a saúde, procura desmistificar alguns preconceitos e estigmas. (MATOSO, 2014)

A educação para a saúde consiste numa combinação de oportunidades que favorecem a promoção e a manutenção da saúde. É a soma da transmissão de conteúdos com a adoção de práticas educativas que contribuem para a autonomia das pessoas, ou seja, a construção da cidadania. Estas práticas educativas são essenciais para alterar estilos de vida prejudiciais que expõem tanto os homens como as mulheres a riscos ambientais e fisiológicos. Logo, torna-se indispensável a promoção da saúde das pessoas transexuais de forma holística, com ligação aos serviços de saúde, progredindo para a integração sistémica de ações e serviços que pretendem agir de forma responsável e humanizada. (MATOSO, 2014)

Reflexão Pessoal

Durante a realização do presente trabalho, foi dada a oportunidade de refletir sobre o assunto abordado e desenvolver uma opinião sobre este. Acreditamos que o processo de reatribuição sexual realizado em Portugal se encontra adequado às necessidades das pessoas com perturbação de identidade de género, uma vez que apresenta tanto legislação como cuidados clínicos de acordo com as características desta perturbação. Portugal apresenta uma legislação que permite às pessoas, após serem diagnosticadas com esta particular perturbação, de poderem realizar a mudança das suas características, tanto dos seus dados introduzidos no registo, assim como das suas características sexuais se assim o desejarem. Este processo é relativamente curto em relação ao que se apresentam noutros países, levando a que os portugueses com esta perturbação vivam um processo

menos demorado e menos sofredor, diminuindo, assim, a ansiedade e risco de desenvolvimento de outras perturbações psicológicas. Dito isto, o todo o processo que envolve a transição de sexo e género em Portugal vai de encontro às necessidades das pessoas transexuais e o caminho percorrido até à atualidade foi realizado de forma adequada e com um favorável crescimento, promovendo um benefício. Contudo, ainda existe muito a fazer, uma vez que estas pessoas são alvo de discriminação e, por vezes, exclusão social quando manifestam esta necessidade de mudança. A modificação destas ideias, passa essencialmente, pela educação e prevenção destes episódios que poderão ser prejudiciais para as pessoas com perturbação e que poderão levar a graves consequências.

Considerámos importante referir que seria interessante que os estudos acerca desta temática não se baseassem apenas na ótica das pessoas transexuais, mas também na de outros intervenientes, como por exemplo os familiares e pessoas que são próximas e se a relação que estabeleciam sofreu alterações

Conclusão

Este artigo foi muito interessante e importante para nós, enquanto futuras enfermeiras, pois esta é uma área que não é muito abordada. Aquando a realização do artigo conseguimos encontrar diversas fontes com informação diversa e pertinente - em cada uma tentámos analisar os pontos que considerámos mais interessantes e importantes para a realização deste artigo e, conseqüentemente para o nosso processo de aprendizagem.

A transexualidade é transversal a todas as culturas e existe uma maior preocupação, o que leva o governo a procurar soluções para facilitar o reconhecimento legal pois a partir dele passa a existir uma minimização de sentimento de pertença a uma minoria discriminada.

Concluimos também que Portugal apresenta uma legislação adequada, comparativamente ao que tem sido feito a nível mundial uma vez que as pessoas transexuais conseguem alterar o seu nome próprio e as menções de sexo.

Referências

- ASSOCIAÇÃO ILGA PORTUGAL. 2006. Transexualidade. *ASSOCIAÇÃO ILGA PORTUGAL: Intervenção lésbica, gay, bissexual e transgénero*. [Em linha]. Obtido a 23 de Novembro de 2015 de: <http://ilga-portugal.pt/noticias/Noticias/Transexualidade-ILGA-Portugal-net.pdf>.
- BAUNER, MARIA CLAUDIA CRESPO e GRAFF, LAÍSE. 2012. aspetos bioéticos da cirurgia de redesignação sexual sob a ótica da realização do direito fundamental à saúde. *Direitos fundamentais & justiça*. [Em linha]. Obtido a 23 de Novembro de 2015 de: <http://www.dfj.inf.br>
- COUTO, JÚLIA. 2013. Transexualidade: Passado, Presente e Futuro. *Universidade do Porto*. [Em linha]. Obtido a 23 de Novembro de 2015 de: http://sigarra.up.pt/icbas/pt/publs_pesquisa.show_publ_fil_e?pct_gdoc_id=26583.
- FREITAS, PEDRO DE, MONTEIRO, IRIS e FERREIRA, JOÃO DÉCIO. 2011. Perturbação de Identidade de Género. *João Décio Ferreira*. [Em linha]. Obtido a 23 de novembro de 2015 de: <http://www.joaodecioferreira.com/media/pdfs/perturbacao-de-identidade-de-genero.pdf>.
- MARQUES, JOÃO GAMA. 2012. Transexualidade: Aspectos Psiquiátricos e Médico-Legais. [Em linha]. Obtido a 23 de Novembro de 2015 de: https://www.academia.edu/3061841/Transexualidade_Aspectos_Psiqui%C3%A1tricos_e_M%C3%A9dico-Legais
- MATOSO, LEONARDO MAGELA LOPES. 2014. O papel de enfermagem diante da homossexualidade masculina. *Revista Saúde (Santa Maria)*. [Em linha]. Obtido a 23 de Novembro de 2015 de: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/9267>.
- MINISTÉRIO PÚBLICO. 2011. Lei n.º 7/2011, de 15 de Março: Mudança de sexo e de nome próprio no registo civil. *Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa*. [Em linha]. Obtido a 23 de Novembro de 2015 de: http://www.pgd LISBOA.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1308&tabela=leis.
- PINTO, NUNO e MOLEIRO, CARLA. 2012. As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de Saúde e Utentes. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*. [Em linha]. Obtido a 23 de Novembro de 2015 de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v26n1/v26n1a08.pdf>.
- REIS, MARIA FILOMENA. 2012. O tema da transexualidade na lecionação da unidade letiva sobre o Amor Humano do 8º ano de escolaridade. *Universidade Católica Portuguesa*. [Em linha]. Obtido a 15 de Novembro de 2015 de: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16727/1/relat%C3%B3rio%20final%20de%20curso%20-%20mestrado.pdf>.
- SCHRAMM, FERMIN; BARBOZA, HELOISA e GUIMARÃES, ANIBAL. 2011. The Morality of Transsexuality: Bioethical and Juridical Aspects. *Unesco*. [Em linha]. Obtido a 15 de Novembro de 2015 de: http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Schramm_.pdf.

Decisão de Não Tentar Reanimar - Implicações Bioéticas

Do Not Attempt Resuscitation - Bioethical Implications

Artigo elaborado por Gonçalo Cardoso; Pedro Martins

Revisão Lucília Nunes

Resumo

Desde há algum tempo que se têm levantado questões relacionadas ao prolongamento da vida de uma pessoa, tendo em conta que nem sempre possa ser benéfico e pode causar muito sofrimento à pessoa. Por isso é essencial que se efetue uma avaliação cuidadosa em cada caso para que a equipa de saúde em conjunto com a pessoa e seus familiares possam chegar a uma decisão sobre o que fazer a seguir, se procedem à reanimação cardiopulmonar ou se decidem não tentar reanimar a pessoa. Este assunto levanta questões éticas, envolvendo alguns princípios, deveres e direitos que devem todos ser tidos em conta.

Palavras-chave: Bioética; Decisão de Não Tentar Reanimar; Princípios Éticos.

Abstract

Since a long time that have been raised questions about the extension of a life's person, given that not always can be good to the person and inflict suffer to the person. Therefore it is essential to make a careful evaluation in each case so that the health care team in conjunction with the person and their family can come to a decision about what to do next, whether they are to do a cardiopulmonary reanimation or decide not to try to revive the person. This issue raises many ethical issues involving some principles, rights and duties that must all be taken into account.

Keywords: Bioethics; Do Not Attempt Resuscitation; Ethical Principles.

Introdução

Este artigo foi realizado com o objetivo de se fazer uma revisão bibliográfica e análise profunda sobre o tema Decisão de Não Tentar Reanimar e suas Implicações Bioéticas. O conceito de “Não Reanimar” implica não utilizar qualquer meio de Suporte Básico de Vida para permitir a continuidade da vida da pessoa (Rebelo, et al., 2013), em caso de paragem cardiorespiratória.

Foi em 1980 que a Decisão de Não Tentar Reanimar se assumiu como parte do direito do doente no qual este pode demonstrar autodeterminação. Esta decisão implica que o profissional de saúde perante uma paragem cardiorrespiratória não possa iniciar as manobras de reanimação (Mayor, 2012).

Existem diferentes nomes que são utilizados para identificar a DNR. Nos Estados Unidos da América e em Inglaterra usa-se frequentemente a DNR (Do Not

Resuscitate), ou “Do Not Intubate” (DNI), ou acrescentam o “A” ficando “Do Not Attempt Resuscitation” (DNAR).

Na Nova Zelândia e na Austrália usam “Not For Resuscitation” (NFR); em alguns hospitais do Brasil usam “Se Parar Parou” (SPP) (França, 2009). Utilizamos preferencialmente a sigla DNR, apesar de em Portugal, a nomenclatura usada frequentemente ser “ONR”, ou “Sem indicação para Suporte Avançado de Vida” (Sem SAV),

Reanimação Cardiopulmonar ligada à Decisão de Não Tentar Reanimar

Ao tratarmos a temática da Decisão de Não Tentar Reanimar (DNR) é também importante esclarecer que a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) é uma manobra que visa restaurar a função cardiorrespiratória de uma pessoa que sofreu uma paragem cardiorrespiratória, tendo, por isso, o objetivo de tentar dar continuidade à

vida com o melhor prognóstico neurológico possível (Mendes, Carvalho, Dias, & Granja, 2009).

As manobras de RCP sofreram ao longo do tempo alterações que permitiram aumentar a taxa de sucesso para 95%. A RCP é um procedimento universalmente aceite tanto pela própria pessoa como pela sua família e que, preferencialmente e quando possível, deve ser previamente consentido de forma aos profissionais de saúde agirem de acordo com as suas preferências e respeitando-o como indivíduo (Mayor, 2012).

No entanto apesar disto, a RCP também traz consigo algumas limitações no seu uso indiscriminado podendo, em certas situações, causar mais prejuízo do que propriamente benefício, tornando-se numa intervenção distanásica.

A distanásia consiste em adiar o máximo de tempo possível a morte mesmo que isto envolva provocar à pessoa sofrimentos adicionais e atrasar o momento da morte, que é inevitável. Por isso é que a RCP não traz só benefícios podendo desta maneira tornar o processo de morrer mais doloroso e sofrível para a pessoa (França, 2011).

Mas no geral as pessoas têm uma ideia diferente do que é a realidade no que toca ao sucesso das manobras de RCP porque a grande maioria deposita muitas expectativas de sucesso e esperança neste procedimento, o que vai contrastar com estudos realizados que indicam que a taxa de insucesso e deterioração grave dos sinais vitais encontra-se entre os 60% e 80%.

Segundo Monzón, deve proceder-se à suspensão da reanimação em casos de “recuperação persistente, efetiva e espontânea da circulação; constatação da vontade do doente em suspender esses esforços; constatação de uma decisão terapêutica registada na documentação; comprovação que a PC (Paragem Cardiorrespiratória) é consequência de uma doença ou situação irreversível e sem alternativa terapêutica, que vai pôr fim à vida do indivíduo.” (Mendes, Carvalho, Dias, & Granja, 2009).

E é devido a este dilema ético que surge a DNR. Esta é uma decisão muitas vezes vista socialmente como uma desistência do profissional de saúde e da pessoa mas é ética e moralmente aceite. Como já foi dito

anteriormente, as manobras de RCP nem sempre são a melhor solução devido ao sofrimento prolongado que causa à pessoa e mesmo à sua família, sendo estas inúteis e cruéis (Mayor, 2012).

Foi a partir de 1980 que a DNR começou a ser reconhecida como um direito da pessoa. Esta decisão pode surgir da vontade da pessoa cumprindo desta maneira a sua vontade respeitando a sua decisão, em casos que não haja indicação para que se proceda à RCP ou então caso seja uma opção da equipa de saúde em que concluem que as manobras não iriam ter consequências (Mayor, 2012).

As Indicações de Não Reanimação (INR) podem ser prescritas pelo médico, indicando claramente que não se deve realizar qualquer tipo de reanimação à pessoa caso ela sofra uma paragem cardiorrespiratória. Por norma, estas indicações são dadas quando a morte é inevitável e se pretende desta maneira evitar sofrimento desnecessário à pessoa, com base em suporte científico apoiada numa estrutura ética. (França, 2011).

Depois de tomada a decisão, esta deve ser transmitida à equipa de saúde responsável pelos cuidados à pessoa em questão e de seguida assinada pela própria de modo a consentir essa ordem, e devem ser esclarecidas as razões pela qual foi tomada esta decisão. Deve-se reavaliar periodicamente a DNR para averiguar que a pessoa não muda de ideias e tem desta maneira direito aos cuidados que lhe sejam mais confortáveis (Mayor, 2012).

Determinantes Clínicos e Demográficos

Verificou-se num estudo realizado por Cardenas-Turanzas, que existe uma maior associação entre o número de DNR e o internamento em Medicina, de 76,4%, comparativamente ao internamento em Cirurgia que se fica pelo valor de 23,6%. Sendo assim o internamento em Medicina é predisponente a uma pessoa possuir uma DNR (Mayor, 2012).

Foi verificado que os fatores mais influentes para se tomar DNR são, entre muitas, a idade avançada, ser-se solteiro, ter filhos adultos que tomem decisões pelos pais, incapacidade de sobreviver após alta da Unidade de Cuidados Intensivos e maior tempo de internamento no mesmo (Mayor, 2012).

No que toca à idade avançada, existem estudos que indicam que esta decisão resulta de uma diminuição da reserva funcional com o envelhecimento o que inevitavelmente vai minimizar as hipóteses de recuperação em pessoas que sofram uma paragem cardiorrespiratória (Mendes, Carvalho, Dias, & Granja, 2009).

As DNR iniciam-se frequentemente já numa fase avançada da doença onde a pessoa já se encontra inapta para fornecer o seu consentimento informado, por isso perante esta dificuldade na comunicação existem três fatores que nos permitem tomar essa decisão e retirar o suporte ventilatório: probabilidades de sobrevivência, grau de evolução funcional e extensão da limitação cognitiva. Quanto menor for a probabilidade de sobrevivência e evolução funcional e maior seja a extensão da limitação cognitiva, a possibilidade de se tomar a DNR também acresce (Mayor, 2012).

Foi verificado que a presença de neoplasia, disfunção multiorgânica e coma está mais associada à não reanimação havendo concordância entre os médicos quanto ao estabelecimento da DNR em casos de neoplasias malignas metastizadas. No entanto há diferenças de opinião no que toca à pessoa de sofrer de uma doença crónica progressiva, como é o caso do HIV-SIDA, demência, insuficiência cardíaca, entre outras (Mayor, 2012) (Mendes, Carvalho, Dias, & Granja, 2009).

Sendo assim, podemos concluir que um dos principais e mais importantes fatores para determinar a tomadas da DNR é o tipo de doença e, em consequência, o seu prognóstico (Mendes, Carvalho, Dias, & Granja, 2009).

Aspetos Éticos

Face à prestação de cuidados de saúde, importa ter em conta uma estrutura de princípios de modo a haver uma ponderação ética nos cuidados. Se considerarmos o modelo de Beauchamp e Childress, estes princípios são: o respeito pela autonomia; beneficência; não-maleficência e justiça.

Em relação a uma situação, em que se coloque a possibilidade de DNR, os profissionais de saúde e de enfermagem confrontam-se com diferentes dilemas

éticos, que abordamos seguidamente considerando o model principialista.

O **princípio do respeito pela autonomia** está relacionado com a capacidade da pessoa para tomar uma decisão acerca de si própria e da atuação que aceita ou consente por parte dos Outros em si, ou seja, dos profissionais de saúde, enfatizando-se o respeito pela autodeterminação do Ser Humano que pressupõe uma escolha livre por parte do indivíduo sobre a aceitação ou recusa de uma intervenção em si próprio, tendo em conta que este tem informação suficiente para tomar a decisão (França, 2011).

Embora existe respeito pela autonomia do indivíduo e a autodeterminação seja cada vez mais valorizada, nem sempre ocorre o respeito por este princípio. Constatamos que tem aumentado a informação que é fornecida ao doente, ultrapassando-se a ideia de que não seria necessário informar o doente acerca da sua situação clínica, prognóstico e tratamentos implementados, já que o médico atuava com o objetivo de alcançar o melhor para o doente, favorecendo a beneficência. Hoje em dia esta visão ainda ocorre, já que os profissionais de saúde tendem a tentar proteger o indivíduo o mais possível, delegando muitas vezes esta decisão para o médico (França, 2011).

Pires (2001) refere que o indivíduo deve ser visto como um fim e não como um meio, sendo devidamente informado acerca da sua situação de saúde, dos tratamentos que lhe poderão ser efetuados e quais as alternativas, de modo a uma maior capacitação da pessoa para que esta possa tomar as suas próprias decisões de forma consciente e tendo em conta os seus valores éticos e morais assim como ser respeitada (França, 2011). Por outro lado a autonomia do individuo não deve entrar em conflito com autonomia do profissional de saúde, sendo importante considerar a autonomia de forma ponderada. Os profissionais de saúde devem recusar toda a intervenção que não produz benefício para o indivíduo, considerando o respeito pela autonomia do indivíduo mas também o do profissional de saúde, podendo em caso de conflito invocar a objeção de consciência

expressando o seu direito a autodeterminação (França, 2011).

Relativamente à DNR, esta pode constituir um dilema para os profissionais de saúde - na prática clínica existem situações em que os doentes e/ou respetiva família querem que se faça tudo para manter a vida do doente em fase terminal, tendo o profissional o dever de discutir com o doente e a família sobre a realidade da situação, sobre a reanimação cardiopulmonar e que esta pode apenas arrastar o sofrimento (França, 2011). A vontade do doente em relação à ORN nem sempre é conhecida, seja porque a informação transmitida ao doente é escassa ou porque o estado de consciência do doente já está afetado devido ao estado avançado da doença (França, 2011). Ainda assim, e considerando o atual enquadramento, devem os profissionais verificar a existência de uma possível Diretiva Antecipada de Vontade do doente, consultando o Registo de Testamento Vital (RENTEV).

O princípio do respeito pela autonomia hoje em dia é mais abrangente, já que em caso de incapacidade para tomar uma decisão, é possível conhecer a opinião passada do indivíduo através de um testamento vital ou de um representante legal, permitindo conhecer assim a vontade do indivíduo e respeitá-la.

Os profissionais de saúde em caso de certezas e mau prognóstico devem assim respeitar vontade expressa do doente, sendo esta decisão apoiada pelo CNECV (1995) no *Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final de Vida* afirmando que “...esta decisão é eticamente sustentável se for acompanhada de todas as medidas necessárias a assegurar o conforto e bem-estar da pessoa em processo de morte e mesmo que estas medidas possam, presumivelmente, e não havendo alternativa, reduzir a duração do processo de morte.” (França, 2011).

O respeito pela autonomia pode estar presente na DNR, quando esta é tomada em conjunto, tendo em conta os profissionais de saúde, o doente e a família, ou seja, quando na tomada de decisão se teve em conta os benefícios e malefícios assim como a vontade expressa do doente (França, 2011)

O **princípio da beneficência** postula a ação no interesse do bem da pessoa e, muitas vezes, articula-se com o **princípio da não-maleficência**, que foca não causar dano. O princípio da beneficência está relacionado com o *fazer o bem* ao outro, agir de acordo com o seu bem-estar, de modo a encontrar o que é benéfico para o indivíduo (França, 2011).

Este é da maior importância nos cuidados prestados ao doente, especialmente em situação terminal quando os cuidados têm a finalidade de promover o bem-estar, com o menor sofrimento e com uma morte digna. Na DNR este é um elemento a considerar, já que o doente se encontra em fase terminal, sendo esta uma medida de recusa à distanásia (França, 2011).

O **princípio da justiça** está relacionado com a distribuição dos recursos existentes para a prestação dos cuidados de saúde de modo a haver uma gestão justa de recursos (França, 2011).

Estes princípios bioéticos, pela sua natureza genérica, podem ser utilizados por todos os profissionais de saúde. Todavia, é preciso ter em conta os princípios e valores da deontologia profissional.

Aspectos deontológicos

Enquanto enfermeiros, devemos preocupar-nos em perceber a vontade da pessoa e respeitá-la ao máximo, pois como enunciado no Artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro, “*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*” defendendo os valores universais: a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e solidariedade e a competência e aperfeiçoamento profissional (EOE, 2015).

Ficam, desta forma, expressos os **princípios da liberdade e da dignidade humanas**, sendo expresso que os **valores universais** definidos pelo CDE são valores que nos guiam na prática de enfermagem e que são transpostos para a os aspetos referentes a DNR. Nesse sentido, devemos reconhecer a liberdade da pessoa para expressar a sua vontade e assim ter em conta a sua autonomia, como, por exemplo, no caso em que esta recusa manobras de RCP, devendo

nos agir em conformidade. No entanto, caso ponha em causa a liberdade do enfermeiro (nomeadamente a vontade e autonomia), em que a pessoa queira manobras de RCP em caso de paragem cardiopulmonar, é necessário uma análise em equipa da situação tendo em conta os benefícios e custos.

O Enfermeiro deve ter respeito à vida humana e à qualidade de vida, como tal segundo o Artigo 102º do CDE, este deve respeitar a vida da pessoa em todas as fases do ciclo vital com o dever de *“atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”, “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”, “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” e “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”* (CDE, 2015). Na DNR este artigo aproxima-se da visão que o princípio da Beneficência e da Não-Malevolência expressam, nomeadamente a nível da qualidade de vida e da recusa da distanásia pelo prolongamento do sofrimento, sendo que o Enfermeiro na prática visar a intervenções de modo a melhorar o conforto e que a pessoa tenha uma morte digna.

Para se poder tomar uma decisão e prestar os cuidados de enfermagem em excelência é da maior importância o doente ser informado sobre a sua situação, conforme o Artigo 104º do CDE que afirma que *“informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de Enfermagem” e “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”*. (CDE, 2015) Em relação à DNR, de modo a respeitar a autodeterminação do doente, as decisões devem ser discutidas com o doente e familiares e estas devem ser de acordo com a vontade da pessoa. Com isso o doente deve ter um total conhecimento sobre a sua situação (exceto se recusar ser informado), ter a possibilidade de colocar dúvidas e ter um tempo para refletir de modo a poder tomar a sua posição conforme a sua vontade. Como já referido anteriormente, o Enfermeiro deve também estar atento no caso da incapacidade para decidir, sendo pertinente atentar à existência de testamento vital ou um representante legal que possa tomar decisões pelo doente.

Quando a pessoa se encontra em situação terminal, o enfermeiros tem deveres específicos - *“defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida”, “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” e “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”* (CDE, 2015). Focando na DNR e supondo que se trata de um doente terminal, ou seja, que não tem cura para a sua doença, o enfermeiro deve ter em atenção acima de tudo o respeito pela pessoa. Com isso, o enfermeiro deve defender para que este tenha a possibilidade de escolher o local e as pessoas que deseja que acompanhem nos seus últimos momentos assim como as suas vontades. Além disso, o enfermeiro deve saber escutar a família de modo a que exista uma aceitação da morte e seja feito o luto o menos penoso possível. Após a morte, o enfermeiro deve manter todo o respeito que tinha sobre o doente enquanto vivo, respeitando então o corpo do mesmo.

Quando a vontade da pessoa ou a decisão da equipa de saúde é contrária à sua consciência, o enfermeiro tem o direito de evocar a objeção de consciência por não respeitar a vontade do doente, já que *“(…) por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que não lhe é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico”, não sendo este penalizado por exercer o direito à objeção de consciência, tendo o dever de assim de assegurar a continuidade de cuidados e que os cuidados ao doente sejam prestados por outro enfermeiro* (CDE, 2009).

Conclusões

A DNR é uma decisão difícil por mobilizar várias questões éticas como princípios, deveres e direitos o que torna pertinente a perceção de todas estas perspetivas. A dificuldade em falar nesta temática também parece estar relacionada com a morte, que é sempre assunto difícil.

A situação ideal seria, perante a pessoa em fim de vida, uma prática clínica digna, adequada e diligente, isto é aquilo que se designa por ortonásia. Entende-se

hoje que a suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento – incluindo a reanimação cardio-pulmonar e as DNR – são prática corrente no mundo ocidental, cristalizando a noção de que a vida humana merece ser sempre respeitada na sua dignidade, sobretudo no final da sua existência.

Os cuidados de saúde dispõem de elevada sofisticação tecnológica para tratar ativamente a doença - no entanto, quando se verifica a falência dos meios habituais de tratamento e o doente se aproxima inexoravelmente da morte, os profissionais de saúde raramente estão preparados para o tratar e cuidar do seu sofrimento. (DGS, 2004)

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, portanto é dever do profissional de saúde respeitar a pessoa em todas as fases ciclo vital. Para isso, importa encarar a morte como um processo natural, procurando o bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim. Como se percebe, o processo de decisão de NR deveria ser partilhado, no sentido de incluir os principais intervenientes (doente/família, médico, enfermeiro, restante equipa multidisciplinar), respeitando a autonomia do doente.

Os profissionais de saúde devem ter sempre em preocupação o bem-estar e conforto da pessoa de modo a garantir que esta tenha um fim de vida digno respeitando as suas decisões quanto à prestação de cuidados de saúde. Desde a decisão conjunta entre toda a equipa de saúde, até às pessoas significativas passando também pelo respeito aos princípios éticas, todas estas são questões que devem ser consideradas essenciais e não esquecidas de forma a contribuir para o respeito à pessoa.

Referências

- França, D. (2011). *Ordem de Não Reanimar no Doente Terminal - Dilemas Éticos dos Enfermeiros*. Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto. Obtido em 12 de Janeiro de 2016, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22038/3/Dissertao%20de%20Mestrado%20Ordem%20de%20No%20Reanimar%20no%20Doente%20Terminal%20Dilemas%20eticos%20dos%20Enfermeir.pdf>
- Mayor, J. (2012). *Decisão de Não Reanimar*. Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Obtido em 11 de

- Janeiro de 2016, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66086/2/1172.pdf>
- Mendes, A., Carvalho, F., Dias, C., & Granja, C. (2009). Paragem Cardíaca Intra-hospitalar: Factores Associados à Decisão de não Reanimar. O Impacto da Emergência Intra-hospitalar Organizada. Obtido em 12 de Janeiro de 2016, de URL: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1030.pdf>
- Rebelo, B., Isca, C., Lino, I., Valente, J., Castelo, M., Marques, P., & Lucas, S. (2013). Decisão de "Não Reanimar" em Contexto Hospitalar. *Amato Lusitano - Revista de Saúde*, 1-14.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro - Dos Comentários à Análise dos Casos. . Obtido em 12 de Janeiro de 2016, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf



<https://pixabay.com/en/flowers-still-life-daisy-646637/>

Regras de Publicação da Revista Percursos

Breve caracterização da revista

O Departamento de Enfermagem é uma unidade da Escola Superior de Saúde (criado em 2001 sob a designação de «Área Disciplinar de Enfermagem» e renomeado «Departamento» em 2010) que agrega os cursos (ofertas de cursos pré e pós-graduados, conferente de graus de 1º e de 2º ciclo) assim como projetos de investigação, muitas vezes articulados com a dimensão de relação com a comunidade.

O Departamento de Enfermagem, na qualidade de editor [989-98206], assume a responsabilidade da Revista Percursos e de publicações editadas de forma autónoma, em formato de ebook - [Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa, 2012, ISBN: 978-989-98206-0-9] e [Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem, 2013, ISBN: 978-989-98206-1-6].

O objetivo principal do projeto da produção da revista eletrónica **Percursos** é favorecer o desenvolvimento da Enfermagem para os profissionais de saúde e estudantes, disponibilizando a revista de acesso aberto e de forma integral on-line no site da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Os **objetivos** desta publicação são:

- publicar artigos científicos relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem e de saúde;
- publicar artigos pedagógicos relacionados com o ensino de enfermagem;
- dar visibilidade a trabalhos desenvolvidos pelos docentes e estudantes do Departamento de Enfermagem (da formação inicial e de formação pós-graduada)

Assim, os **resultados esperados** desta publicação:

- apoio à atualização científica da Enfermagem;
- valoração científica do Departamento de Enfermagem da ESS-IPS;
- divulgação de aspetos pedagógicos relacionados com metodologias utilizadas no processo de ensino-aprendizagem no Departamento de Enfermagem;

A organização interna da *Revista Percursos* - comissão científica, revisores - assenta nos contributos dos doutorados e especialistas (professores em tempo integral e parcial) do Departamento de Enfermagem.

A revista publica 4 números por ano, podendo existir números temáticos. As regras de publicação são atualizadas neste número, devendo os proponentes seguir os passos preconizados.

Política de copyright

1. São aceites trabalhos originais a submeter ao Conselho Editorial, cujos autores sejam enfermeiros, docentes e discentes da ESS/ADE ou profissionais de saúde, abordando temáticas relevantes para a Enfermagem e para a Saúde. Poderão ser aceites originais em língua estrangeira, especificamente inglês ou francês.

2. O trabalho enviado para análise do Conselho Editorial da Revista "Percursos" não pode ter sido submetido a outros periódicos para publicação, nem ter sido anteriormente publicado (salvaguada-se a exceção da forma de resumo em eventos científicos).

3. As opiniões, argumentos e teorias apresentados nos artigos, assim como a procedência e exactidão das citações e das fontes são responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

4. Entende-se que o melhor processo é o de *revisão pelos pares* (*peer review*), mais propriamente o formato cego (*blind peer review*) na selecção dos artigos. Julga-se que esse sistema será suficientemente sensível para detetar trabalhos realmente originais, com metodologias e análises capazes de contribuírem para o conhecimento no campo da enfermagem.

5. Deve ser enviado o artigo em formato electrónico - sem nenhum elemento que permita identificar o(a) autor(a) - acompanhado de outro ficheiro de identificação do autor com declaração de responsabilidade (assegurando que se trata de um

trabalho original, que respeita o princípio da integridade académica, não enviado para outra publicação) e autorização para publicação (email ser dirigido ao editor da Revista).

6. O artigo submetido é analisado através de revisão pelos pares. Para assegurar a integridade da revisão cega pelos pares para submissão à revista, o(s) autor(es) deve(m) tomar precauções com o texto e as propriedades do documento: em documentos do Microsoft Office, a identificação do autor deve ser removida das propriedades do documento bem como nos PDF's do Adobe Acrobat.

7. O artigo será apreciado por dois *referees* enfermeiros, designados pela Coordenação Científica da revista, em função da área/temática/metodológica do trabalho, e é fornecido feedback com a aceitação, proposta de reformulação ou recusa.

8. Se a proposta de artigo for aceite, o autor declara, por escrito, que autoriza a publicação do seu artigo inédito na *Revista Percursos*, em regime de exclusividade. Os direitos de autor/copyright pertencem ao(s) autor(es) sendo informados que podem solicitar auto arquivar o seu trabalho em repositório institucional em acesso aberto.

9. Qualquer reprodução integral ou parcial dos artigos (excluindo-se citações breves) pode ser efetuada após autorização escrita do Editor.

10. No caso de artigos provenientes de trabalhos académicos do DE-ESS, não se procederá com revisão por pares mas é requerido o envio com revisão científica pelo professor responsável da unidade curricular.

Regras Técnicas

1. Processador de texto: Microsoft Word (7.0 ou posterior).

2. Tipo de letra: Arial, tamanho 10

3. Formatação: Texto justificado, com espaçamento de parágrafo 1.15 e sem tabulações automáticas

4. Imagens ou esquemas: as imagens a constar no texto são enviadas em ficheiro separado em formato "jpeg" ou "bmp". Deverão ser identificadas quanto à

localização no texto, no próprio texto. Se nas fotografias estiverem pessoas, que seja possível identificar, torna-se necessária a sua autorização escrita para a publicação na revista. Se o autor elaborar esquemas deve enviar o ficheiro em formato de imagem.

5. Referências - aceita-se a utilização de APA ou NP 405, sendo requisito obrigatório a utilização sistemática da mesma norma.

6. Identificação dos autores - Nome, Grau Académico, Título Profissional, Actividade, Email de contacto.

7. No texto do artigo, a seguir ao título, deve ser colocado um resumo, com um máximo de 1.200 caracteres, e a sua tradução em língua inglesa. A identificação de palavras-chave (entre quatro e seis) em português e inglês (key words).

8. O tamanho desejável do artigo é de 12.000 caracteres, sem espaços. Sugere-se que os textos sejam divididos em secções, com títulos e subtítulos, quando necessário.

9. Caso seja aplicável, o(s) agradecimento(s) deve(m) ser colocado(s) ao final do texto, imediatamente antes das referências bibliográficas. Da mesma forma, quando o trabalho for uma adaptação de uma comunicação ou conferência - nesse caso especificar o evento, organização, local e ano.

10. No caso de artigos de investigação, requer-se parcimónia na selecção dos componentes gráficos, nomeadamente tabelas e gráficos.

Recomendações

No que diz respeito a trabalhos que utilizam Metodologia de Projeto, adotamos o preconizado na Revista Percursos nº 15 - Colectânea de etapas [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf]

Recomenda-se a leitura e verificação das "[Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de Enfermagem](#)"

13. Para verificação das normas, estilos de textos pode ser usado como recurso "[Didática em Enfermagem](#)".

