



28ª Edição

julho - setembro 2013

Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

**Número Temático de
Reflexão Bioética**

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral

Ano 8, Nº 28
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica
Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados para esta
edição são da exclusiva
responsabilidade dos seus autores.

Sumário

Editorial.....	2
Pobreza e Exclusão Social: Questões Bioéticas	3
Implicações Éticas da Experimentação Animal.....	16
Transplante e Doação de Órgãos e Tecidos a Partir de Dadores Vivos – Uma Reflexão Bioética	30
Estatuto do Embrião: O Início de Vida	43
Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos	56



Por: Lucilia Nunes

A análise detalhada de alguns assuntos permite explicitar a sua natureza bioética e tornar claros os desafios e os problemas que se levantam. A escolha dos artigos neste número tanto diz respeito à sua atualidade, pertinência e relevância como à disseminação de trabalhos de aprofundamento e reflexão bioética.

Partindo da maior latitude dos assuntos, propomos uma abordagem da **pobreza e exclusão social como questões bioéticas** - com este estudo "concluiu-se que a pobreza é um fenómeno multidimensional e dinâmico, não se restringindo aos aspetos socioeconómicos, como os baixos rendimentos, devendo ser analisada numa perspetiva holística, e considerando que está na origem de desigualdades e exclusão social. Torna-se essencial o papel dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, no que respeita à identificação e vigilância da forma como estes fatores podem interferir na saúde dos indivíduos e das comunidades. Com a crise que se faz sentir atualmente, a nível mundial, tem-se observado um aumento dos índices de pobreza nos últimos anos. Já os números associados à exclusão social diferem muito consoante o país, mesmo dentro da própria Europa. No que respeita aos aspetos bioéticos desta questão, é importante ter-se em conta princípios e valores como a vulnerabilidade, a equidade e a solidariedade."

Seguem-se as **Implicações Éticas da Experimentação Animal**, reconhecendo que é antiga a utilização de animais para fins experimentais. O artigo de revisão literária "aborda diversas temáticas ligadas ao tema, como o enquadramento da experimentação animal, normativas ético-jurídicas existentes, principais aspetos éticos e problemática, no sentido de provocar uma maior sensibilização e reflexão ao leitor acerca deste assunto que se mostra de uma

crescente pertinência, devido às questões e implicações éticas envolvidas na mesma."

Uma das problemáticas bioéticas da atualidade é, sem dúvida, o **transplante e doação de órgãos e tecidos a partir de dadores vivos**. O presente artigo "visa refletir sobre as questões éticas do tema transplante e de doação de órgãos a partir de dadores vivos, recorrendo a diferentes autores portugueses de modo a verificar as normativas ético-jurídicas vigentes em Portugal e as questões problemáticas que esta temática levanta no nosso país, visando uma sensibilização e reflexão da sociedade sobre a mesma."

Os dois artigos seguintes abordam o início e o fim de vida.

O Estatuto do Embrião: O Início de Vida é "um tema que apresenta uma grande discrepância na sociedade atual. Não só pela divergência de opiniões de diversos autores, como pelo facto de estar associado a questões problemáticas que surgem no sentido da análise do Estatuto do Embrião. Neste sentido, o artigo de revisão bibliográfica procura enquadrar diferentes opiniões sobre a temática do momento que dá início à vida humana, no que diz respeito ao embrião, bem como abordar princípios éticos relacionados com a Bioética e o Início de Vida, tendo em conta o Estatuto do Embrião e as implicações éticas do mesmo".

Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos - A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida sintetiza uma contextualização da morte na sociedade pós-moderna, o tipo de morte e seus critérios, a abordagem da Bioética e do Fim de Vida com enfoque nos princípios éticos e no Cuidar. Pese embora se releve a abordagem marcadamente principialista, pode ajudar a enquadrar o cuidado ético de enfermagem, um agir que preserve a dignidade humana.

Boas leituras!

Pobreza e Exclusão Social: Questões Bioéticas

Poverty and Social Exclusion: Bioethical Issues

Andreia Rodrigues, Helena Meireles

Resumo

Este artigo de revisão bibliográfica surge no âmbito da avaliação contínua da Unidade Curricular de Ética II do 3.º ano do 12.º Curso de Licenciatura em Enfermagem. O objetivo do artigo consiste no desenvolvimento do conhecimento da problemática da pobreza e exclusão social na atualidade, através de uma visão bioética, que permita treinar a reflexão, o debate e a tomada de decisão racional na prática de enfermagem. Com esta investigação concluiu-se que a pobreza é um fenómeno multidimensional e dinâmico, não se restringindo aos aspetos socioeconómicos, como os baixos rendimentos, devendo ser analisada numa perspetiva holística, e considerando que está na origem de desigualdades e exclusão social. Torna-se essencial o papel dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, no que respeita à identificação e vigilância da forma como estes fatores podem interferir na saúde dos indivíduos e das comunidades. Com a crise que se faz sentir atualmente, a nível mundial, tem-se observado um aumento dos índices de pobreza nos últimos anos. Já os números associados à exclusão social diferem muito consoante o país, mesmo dentro da própria Europa. No que respeita aos aspetos bioéticos desta questão, é importante ter-se em conta princípios e valores como a vulnerabilidade, a equidade e a solidariedade.

Palavras-chave: Pobreza; Exclusão Social; Bioética; Desigualdades.

Abstract

This literature review article comes under the continuous evaluation of the course Ethics II 3.º Grade of 12.º Nursing Degree. The goal of this paper is the development of knowledge about the problems of poverty and social exclusion in the present, through a bioethics vision, enabling train reflection, debate and rational decision making in nursing practice. This investigation concluded that poverty is a multidimensional and dynamic phenomenon, not limited to socio-economic aspects, such as low income. It must be examined from a holistic perspective, and considering what is at the root of inequality and social exclusion. It is essential to the role of health professionals, particularly nurses, in relation to the identification and monitoring of how these factors may affect the health of individuals and communities. With the crisis that is currently felt worldwide, there has been an increase in poverty in recent years. Have the numbers associated with social exclusion differ greatly depending on the country, even within Europe. With regard to bioethical aspects of this question, it is important to take into account the principles and values such as vulnerability, equity and solidarity.

Key-words: Poverty, social exclusion Bioethics; Inequalities

Promoção da Saúde e seus Determinantes

O presente artigo pretende analisar as questões bioéticas inerente à pobreza e à exclusão social na atualidade, recorrendo para isso à exposição de concepções e argumentos de diversos autores. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados em revistas ou bases de dados fidedignas, nos últimos 10 anos, e dados estatísticos dos últimos 5 anos; e excluídos da pesquisa artigos de revisão bibliográfica, sendo que, dos 10 artigos encontrados, foram analisados 6 que atendiam aos critérios de inclusão. O artigo encontra-se redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico e orientado de acordo com a Norma Portuguesa (NP 405).

Inicialmente são definidos os conceitos de moral, ética, valores e bioética, sendo que a bioética ao longo de todo o trabalho é analisada no seu contexto social. Em seguida é examinado o desenvolvimento humano no âmbito da pobreza e exclusão social, partindo posteriormente para o estudo específico destes dois problemas atuais. Seguidamente são analisadas a vulnerabilidade, a equidade e a solidariedade como princípios e valores bioéticos inerentes a esta problemática. Na conclusão do trabalho é apreciada toda a investigação realizada e refletida a questão inicial.

Desta forma, pesquisando a palavra ética, verificamos que esta deriva do grego *ethos*,

significando “modo de ser, caráter”, sendo, em algumas situações, considerada sinónima da palavra moral, da origem latina *morale*, denotando “costumes” (Costa, 2003, p.283). No entanto, enquanto que a moral pode ser definida como um conjunto de normas e regras destinadas a regular as relações dos indivíduos numa dada comunidade social (Rios, 1993 cit. por Costa, 2003), representando algo que se impõe de fora para dentro e baseada nos costumes, a ética, por outro lado, pressupõe um juízo de valor que vem de dentro para fora do indivíduo, implicando uma análise crítica destes costumes, que serão aceites ou questionados pelo indivíduo (Costa, 2003), assim como dos fundamentos e princípios que regem um determinado sistema moral (Sung e Silva, 1995 cit. por. Costa, 2003).

De acordo com Costa (2003), a ética está presente em todas as ações humanas, que, por sua vez, são orientadas por valores. Assim, para Weil (1993), cit. por Costa (2003, p.284) “o valor representa uma variável da mente que faz com que o ser humano decida ou escolha se comportar numa determinada direção e dentro de determinada importância”.

Costa (2003) acrescenta que os valores não são estáveis, uma vez que evoluem com as necessidades do homem. No processo mental, o valor apresenta três aspetos: o cognitivo (a causa: um pensamento, uma ideia ou uma representação mental), o afetivo (um efeito:

atitudes e emoções) e o conativo (um efeito: a decisão e a ação compatível) (Costa, 2003).

Relativamente à bioética, pensa-se que terá nascido nos Estados Unidos entre o final dos anos 60 e o início dos anos 70, numa altura em que uma série de fatores histórico-culturais chamaram à atenção para a ética aplicada. O termo bioética terá sido um neologismo inventado pelo oncologista Van Renssler Potter, em 1970, e difundido graças ao seu livro “Bioethics: Bridge to the Future”, em 1971 (Mori, sd).

Anteriormente ao surgimento deste conceito, os filósofos interessavam-se principalmente pela “meta-ética”, ou seja, pelo estudo da linguagem moral, e pela “ética normativa”. Com o decorrer do tempo acentuou-se o interesse pelas questões práticas (Mori, sd). Potter, no seu livro, chama a atenção sobre a exigência de um novo relacionamento entre o homem e a natureza, referindo que o homem se tornou para a natureza aquilo que o cancro é para o homem (Mori, sd). A partir desta altura, a bioética torna-se uma espécie de “ética científica” que tem por objetivo garantir a sobrevivência humana e a qualidade da vida, focando a atenção sobretudo nos problemas do desenvolvimento e da população, tendo em conta as questões emergentes no campo sanitário (Mori, sd).

De acordo com Garrafa (2005), “com apenas 35 anos de vida, a bioética foi o campo da ética

aplicada que mais avançou nas últimas décadas” (p.125). Este autor refere ainda que “a bioética possui ferramentas teóricas e metodológicas adequadas para proporcionar significativos impactos nas discussões, seja dos temas persistentes (cotidianos, mais antigos – como a exclusão social, a discriminação, a vulnerabilidade, o aborto) ou emergentes (de fronteiras, mais recentes – como a genética, os transplantes ou as tecnologias reprodutivas), nos campos societários locais, nacionais ou internacionais” (Garrafa, 2003 cit. por Garrafa, 2005, p.126). Para este autor, será a partir de uma base de sustentação económica justa e do respeito pelo contexto sociocultural e nível de informação, participação e democratização que as sociedades alcançarem, que os países desenvolvidos terão mais possibilidades de encontrar o equilíbrio (político, jurídico e moral) necessário e indispensável à construção de um futuro melhor para a vida de seus cidadãos (Garrafa, 2005).

Desenvolvimento Humano

A bioética no campo social pode ser vista através das questões relacionadas com o desenvolvimento humano.

Em Setembro de 2000, 189 estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU) acordaram a Declaração do Milénio, um conjunto de princípios relacionados com o desenvolvimento económico, os direitos humanos e a sustentabilidade ambiental,

resumida em oito objetivos a cumprir até 2015 (Objetivos do Desenvolvimento do Milénio), como forma de colmatar a “necessidade de iniciativas mais eficazes para a promoção do desenvolvimento humano”, sendo que o primeiro objetivo, e uma das principais prioridades do mundo, é “erradicar a extrema pobreza e a fome” (Cotta et al., 2007, p.279). Ao atingir este “Objetivo” estamos igualmente a contribuir para a concretização dos restantes (ICN, 2004).

Como refere Cotta et al. (2007), a atual realidade, marcada pelas crescentes desigualdades sociais e assinalada pela pobreza, configura-se um obstáculo ao desenvolvimento humano. Amartya Sen (2003) expõe a ideia de que são os dispositivos sociais e as relações comunitárias, tais como a assistência médica, os cuidados de saúde pública, a educação escolar, a lei e a ordem, o perdurar da violência, entre outras, que estão na origem dos contrastes apresentados entre as várias regiões do mundo no que respeita aos padrões de vida.

Suportando-nos nos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010, p.24) pode-se afirmar que a pobreza trata-se também de uma “violação dos direitos humanos”. Desta forma, e analisando a Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada em 1948, observamos que, no artigo 1.º, está manifesta a conceção da igualdade entre indivíduos com a mesma dignidade e direitos, sendo que esta declaração

está direcionada para todas as pessoas, independente das diferenças que tenham, como a raça ou cultura (artigo 2.º). Giddens (2004, p.342) considera até que “o conceito de igualdade está a ser revisto de forma mais dinâmica, enfatizando a igualdade de oportunidades e a importância do pluralismo e da diversidade de estilos de vida”.

Na mesma declaração consta ainda que todos são iguais perante a lei (direitos e deveres iguais para todos) (artigo 7.º) e que todos têm direito a um trabalho (artigo 23.º). O artigo 25.º, relativo ao direito a um nível de vida suficiente para assegurar saúde e bem-estar, relaciona-se assim com as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em pobreza, por exemplo, relativamente ao acesso aos cuidados de saúde e educação. Já o artigo 26.º dita o direito de todos à educação (DRE, 2013). O artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa também é importante de nomear, pois Portugal constitui uma república “baseada na dignidade humana” e empenhada “na construção de uma sociedade livre, justa e solidária” (DRE, 2013).

Os Relatórios de Desenvolvimento Humano têm abordado todos os anos questões polémicas como a crise mundial da água, a democracia, os direitos humanos, a globalização, o racismo, a violência, a liberdade cultural, a erradicação da pobreza, entre outros (Cotta et al., 2007). É de notar que a própria liberdade do indivíduo tem

“um papel construtivo no desenvolvimento” (Maia, 2004, p.153).

Maia (2004, p.152) acrescenta que “os economicamente mais desfavorecidos são excluídos dos processos de decisão social ou da participação política, isto é, vêm-se impedidos de exercer a sua liberdade”.

No Relatório do Desenvolvimento Humano 2013 (Malik, 2013, p.14) é possível observar que houve países com um grande êxito perante a erradicação da pobreza extrema, como é o caso do Brasil, da China (que reduziu o seu índice de 60,2%, em 1990, para 13,1%, em 2008) e da Índia. Contudo há ainda muitos países com um elevado número de pessoas nesta situação, estando nos primeiros lugares países africanos, nomeadamente a Etiópia e Moçambique (Malik, 2013).

Em 2011, cerca de 24,2% da população europeia e 24,4% da população portuguesa (e 25,3% em 2012) foi “considerada como estando em risco de pobreza e/ou exclusão social” (EAPN, 2013, p.2). Quanto à situação sentida em Portugal, a Rede Europeia Anti-Pobreza (EAPN, 2013) refere que “o limiar de risco de pobreza teve um crescimento contínuo entre 2003 e 2009” (p.5), sendo que com a “instabilidade criada à volta do emprego/desemprego” no nosso país podem gerar-se situações de carência económica grave (EAPN, 2013, p.9). Todavia, a taxa de risco de pobreza no nosso país não tem variado muito

os valores nos últimos anos (EAPN, 2013). A EAPN (2013, p.4) refere que o facto de Portugal estar dependente da Troika, e sua elevada taxa de desemprego, antevêm “cenários pouco animadores para o futuro”, tendo estes impacto, em diversos níveis, seja financeiro ou social. Pois, desde 2009 até 2011, que se tem verificado um aumento do número de pessoas em situação de pobreza e/ou exclusão social, atingindo todas as faixas etárias (EAPN, 2013).

Os países europeus que têm a percentagem mais baixa referente ao risco de pobreza, são: a Holanda e a República Checa, com 11% e 9,8%, respectivamente (EAPN, 2013). Relativamente à exclusão social, no que diz respeito à privação material severa, a Bulgária e a Letónia possuem a maior percentagem (mais de 30%), sendo que nos últimos lugares do ranking com a menor percentagem se encontra o Luxemburgo, Suécia e Suíça, com menos de 2%. Portugal apresenta uma percentagem de 8,3% (EAPN, 2013).

Pobreza e exclusão social

Tanto a pobreza como a exclusão social são descritos como “fenómenos complexos e plurifacetados” (INE, 2010, p.24), constituindo dois dos principais problemas com que a Humanidade se defronta atualmente (INE, 2010).

Na literatura atual deparamo-nos com diversas definições de tipos de pobreza, elaboradas por diversos autores, como são os casos da pobreza absoluta e relativa descritos por Giddens

(2004). Giddens (2004, p.313) descreve pobreza absoluta como sendo característica de “pessoas que carecem de requisitos fundamentais para a existência humana”, enquanto que Maia (2004, p.8) refere este tipo de pobreza como sendo uma constante luta pela “sobrevivência biológica”. Quanto à pobreza relativa Giddens (2004, p.313) revela que alguns autores consideram-na como um conceito “culturalmente definido” e que acaba por ser “errado assumir que as necessidades humanas são idênticas em todo o lado” (p.313), concluindo que é “impossível apresentar um perfil para descrever os ditos “pobres”” (p.317). A ICN (2004) refere, de igual modo, a pobreza relativa, absoluta e até a herdada ou momentânea.

O Instituto Nacional de Estatística (2010, p.25) considera que “ser pobre não é apenas ter um rendimento inferior a um dado limiar de pobreza, mas é também estar dependente de fontes sobre as quais os indivíduos não têm qualquer controlo”. Amartya Sen (2003, p.36), na mesma linha de pensamento, menciona que “a pobreza é mais a privação de potencialidades básicas do que, simplesmente, a de baixos rendimentos”, acrescentando ainda que “a privação de potencialidades elementares pode refletir-se em mortalidade prematura, acentuada subnutrição (especialmente das crianças), doenças crónicas, iliteracia generalizada e outras carências”.

Siqueira-Batista e Schramm (2005, p.280) referem que a “desigualdade, pobreza e enfermidade constituem um típico movimento de retroalimentação”, apontando que a associação entre a pobreza e outros elementos promotores de sofrimento e opressão, tais como: doença, maiores índices de analfabetismo, violência, saneamento básico precário, maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, desemprego e alimentação de baixa qualidade, acaba por perpetuar o ciclo, criando uma condição de exclusão social a muitas pessoas (Siqueira-Batista e Schramm, 2005 cit. por Cotta, 2007).

A ICN (2004, p.6) trata a pobreza como “uma condição humana, um modo de vida que afeta todas as interações que a pessoa tem com o mundo que a rodeia”. O INE (2010, p.27), apresenta ainda a conceção de que “a pobreza pode ser considerada um caso extremo de desigualdade na repartição do rendimento”. Maia (2004, p.14) parece concordar com esta ideia referindo que “a pobreza torna os indivíduos excluídos” de uma forma de vida minimamente aceitável, impedindo-os de alcançar um bom desempenho quer físico ou mental que lhes permita participar na sociedade, como também é o caso da educação ou do mercado de trabalho.

Maia (2004) retrata também a problemática da educação, pois existe ainda uma relevante percentagem de pessoas no mundo sem acesso,

dificultando o desenvolvimento sustentável dos países, e consequentemente tornando-se este um círculo vicioso. Amartya Sen (2003, p.104) completa esta ideia referindo que “quanto mais abrangente for o alcance da educação básica e dos cuidados de saúde, tanto mais provável será que mesmo os potencialmente pobres terão melhores hipóteses de vencer a penúria”. Nota-se assim igualmente importante salientar o Objetivo n.º 2 do Milénio, o “alcance do ensino primário universal” (Maia, 2004, p.9), tendo em consideração, como já foi referido anteriormente, o artigo 26º da Declaração Universal dos Direitos Humanos. No entanto num documento recente da EAPN (2013, p.4), podemos constatar uma declaração pertinente para esta questão, sendo relatado que a temática “da educação que, durante muitos anos foi vista e comprovada com dados estatísticos como sendo uma forma de sair do ciclo vicioso da pobreza, atualmente já não tem uma correlação tão direta”, dando o motivo de muitos jovens desistirem do ensino superior e de jovens recém-licenciados partirem para o estrangeiro.

O Relatório do Desenvolvimento Humano apresenta a conceção de que “a satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde e com a educação são igualmente importantes indicadores subjetivos do bem-estar humano” (Malik, 2013, p. 28). No Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2011) é revelado que a educação,

alimentação ou até o emprego são aspetos que influenciam a saúde de cada indivíduo, acrescentando assim que é necessário reduzir estas desigualdades nestas áreas, de modo a reduzir igualmente as desigualdades em saúde. Esta equidade dependerá das estratégias arrançadas pelos países, tendo claramente em consideração o pagamento de serviços de saúde pelas pessoas pobres e o facto de que a utilização de taxas em saúde pode gerar também exclusão de alguns membros da sociedade (OMS, 2011). Pois como é descrito na Constituição da OMS, todo o ser humano tem o direito de gozar “o nível de saúde mais alto possível” (OMS, 2011, p.14)

De uma perspetiva interessante o ICN (2004, p.21) interliga a pobreza e a saúde de forma a que: “uma saúde frágil conduz à pobreza, a pobreza conduz a uma saúde frágil, a boa saúde está ligada a um rendimento maior” e um maior rendimento por sua vez está ligado à boa saúde. Para o ICN (2004, p.11) os jovens são a parte fundamental ou até mesmo a “chave para reduzir a pobreza”.

No que respeita à exclusão social, Giddens (2004, p.325) define-a como sendo a forma de afastar os indivíduos “do envolvimento da sociedade”, todavia é importante enfatizar que esta exclusão pode ser tanto a nível social, como económico ou político, sendo assim descrito como um “conceito multidimensional”, tal como a pobreza (INE, 2010, p.105). Giddens

(2004) acrescenta ainda que esta exclusão pode não ser necessariamente proveniente da sociedade para com um indivíduo ou um grupo, pois pode resultar igualmente da exclusão da própria pessoa ou grupo referente a aspetos da sociedade.

No Relatório do Desenvolvimento Humano (Malik, 2013, p.39) caracteriza exclusão social como “a existência de desigualdade que pode afetar negativamente as interações sociais e restringir a liberdade de escolha”.

É importante de salientar que os governos de cada país têm o dever de assumir a responsabilidade de dar a conhecer aos próprios cidadãos as desigualdades existentes no país, assim como a repartição da riqueza ou até “a incidência e severidade da pobreza” (havendo taxas para o seu cálculo) (INE, 2010, p.24).

Princípios e valores bioéticos

Perante a problemática da pobreza e exclusão social nota-se importante refletir à cerca da questões bioéticas que podem estar associadas, como é o caso da vulnerabilidade, da equidade e da solidariedade.

Segundo Hossne (2009), uma vez que, de acordo com os dicionários, vulnerabilidade é “a qualidade ou estado de vulnerável”, vulnerável é “que pode ser vulnerado” e vulnerar é “ferir, ofender, melindrar”, então todos nós somos vulneráveis, pois todos estamos sujeitos, de alguma maneira, a sermos feridos (em qualquer

sentido), ofendidos e/ou melindrados, intencionalmente ou não, por agentes de qualquer natureza (por pessoas, animais intempéries da natureza etc.), e até mesmo por acidentes. De acordo com este autor, é por sabermos que somos vulneráveis e que precisamos de nos defender, que construímos convenções sociais, elaboramos leis, normas de conduta e até nos armamos (em qualquer sentido) (Hossne, 2009). Hossne (2009) evoca o artigo 8.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) da UNESCO, referente ao “respeito pela vulnerabilidade humana e pela Integridade Individual”, que declara que “a vulnerabilidade deve ser levada em consideração”, e que “indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada” (Hossne, 2009, p.47).

Hoffmaster (2006) cit. por Hossne (2009, p.42) aponta que a ética deveria estar mais preocupada com esta questão, uma vez que o ser humano tem três desejos: viver, viver bem e viver melhor, sendo a vulnerabilidade a perda dos três. Para Hossne (2009) a ética impõe-se, entre outras razões, porque existe vulnerabilidade, uma vez que a possibilidade de vulnerabilidade de um ser humano frente ao outro é que leva, talvez, ao estabelecimento de princípios éticos, como a não maleficência, justiça, entre outras (Hossne, 2009). O ser humano é sempre vulnerável, mas ele pode ou

não estar em situação de vulnerabilidade, tratando-se de uma situação de possibilidade ou de probabilidade, do ser ou estar vulnerável, sendo que estas oscilações acompanham todas as situações que envolvem a Bioética (Hossne, 2009).

Hossne (2009) considera que, se a vulnerabilidade pode ser considerada como um dos elementos que justificam e subsidiam as diretrizes normativas em bioética, então a equidade pode ser encarada como um dos elementos integrantes da própria essência da bioética (enquanto ética), pois “a equidade busca o que é justo, o que, em última análise, está intrinsecamente vinculado à ética, enquanto adequada opção de valores” (Hossne, 2009, p. 212). Este autor refere que a equidade se encontra intimamente relacionada com a igualdade, na medida em que “trata como igual o que é igual, mas, quando necessário, trata de modo desigual (porém, o adequado) o que é desigual, para, quando possível e indicado, atingir a igualdade” (Hossne, 2009, p. 212). Costa (2003) parece estar de acordo com esta ideia quando refere que “não há nada mais desigual do que tratar igualmente situações ou indivíduos com características diversas” (Costa, 2003, p. 285).

Hossne (2009) relaciona, da mesma forma, a equidade com a justiça, recordando a ideia de Aristóteles (1137b-10), de que a “o equitativo é porém não o legalmente justo, e sim uma

correção da justiça legal” (Aristóteles, 1973 cit. por Hossne, 2009, p.212). Considerando a equidade como um referencial da bioética, Hossne (2009) conclui que “a equidade (disposição de caráter) é uma espécie de justiça, que corrige as falhas do legislador, buscando o justo, ainda que não o legalmente justo. Visa, em última análise, ao justo, quando a aplicação da lei (por ser deficiente) poderia gerar injustiça (isto é, o não justo)” (Hossne, 2009, p. 213).

De acordo Hossne (2009) é na assistência à saúde que a equidade é mais frequentemente invocada, consistindo um dos componentes de maior peso, sendo que no sistema de saúde é nas políticas de saúde que a equidade predomina, ao se fundamentar a prática da justiça distributiva dos cuidados e da assistência à saúde, uma vez que a procura pelos cuidados de saúde é, muitas vezes, superior à oferta e que os recursos são crescentemente inferiores às necessidades (Hossne, 2009).

A Organização Mundial de Saúde defende que a “equidade em saúde significa que todos devem ter justa e imparcial oportunidade de atingir o potencial de sua vida, e ninguém deve ser prejudicado sempre que isso possa ser evitado” (OMS, 1986 cit. por Hossne, 2009, p.213). Explicando que “a equidade nem sempre pode corrigir as causas, mas deve tratar de corrigir as consequências das desigualdades”, Hossne (2009, p.215) afirma que “em nome da equidade, deve-se ter a virtude da firmeza para

deliberar e tratar de maneira desigual o que é desigual” e que “em bioética não dá para ser sempre individualista ou sempre comunitarista, não dá para privilegiar sempre a autonomia ou sempre a equidade, pois cada situação terá que ser analisada, e a opção de valores, um dos atos finalísticos da Bioética, deverá levar em conta todas as alternativas e referenciais” (p.214).

Já no que se refere à solidariedade, Hossne e Silva (2013) analisam a palavra de três pontos de vista: jurídico, político e humano. Assim, no seu termo de origem jurídica, a palavra solidariedade designa “a responsabilidade de um grupo de pessoas por dívida contraída, seja por todos, seja por um ou alguns” (Hossne e Silva, 2013, p. 151), sendo que em latim, *solidus*, significa coesão, coerência, integração das partes num único todo (Hossne, 2013). Como termo político, “solidariedade é o sentimento de responsabilidade e de dependência recíproca no interior de um grupo de pessoas que se sentem moralmente vinculadas umas às outras” (Hossne e Silva, 2013, p. 151). Do ponto de vista humano, “a solidariedade assume um valor social nos une uns aos outros, formando uma comunidade que deve defender basicamente os mesmos interesses” (Hossne e Silva, 2013, p. 151).

Émile Durkheim (1989), um dos fundadores da sociologia, vê a solidariedade como “o conjunto de laços que unem os indivíduos na constituição do grupo social” (Durkheim, 1989 cit. por

Hossne e Silva, 2013, p. 151), considerando uma estreita ligação entre sociabilidade e moralidade, na medida em que se constitui como “ardil da razão” para que os indivíduos façam a experiência da vida coletiva sem o sentimento do sacrifício da liberdade individual (Durkheim, 1989 cit. por Hossne e Silva, 2013). Hossne (2013) considera que todos nós devemos à sociedade as vantagens da vida coletiva e todos devemos uns aos outros a efetivação concreta dos laços que nos unem socialmente, “as partes vivem em função umas das outras e também cada uma em função do todo de que participa” (Hossne e Silva, 2013, p. 153). Para este autor, a solidariedade situa-se no domínio da ação, ação produtora de relações humanas. No entanto, atualmente, essa ação ocorre num mundo em desequilíbrio, que é aquele em que a solidariedade é necessária (Hossne e Silva, 2013). Hossne e Silva (2013) relembram que é importante considerar os fatores que provocam esse desequilíbrio no contexto da “ordem mundial”, nomeadamente, “a instabilidade e a precariedade da vida num mundo em que os direitos humanos não são respeitados; em que a desigualdade é a regra das relações humanas e institucionais; em que a diversidade de qualidade de vida faz com que os ricos e os pobres vivam em dois mundos incomunicáveis” (Hossne e Silva, 2013, p. 154). A Organização Mundial da Saúde considera que

“a solidariedade global é necessária” (OMS, 2011, p.xvi).

“O agir solidário numa ordem mundial desequilibrada é aquele que coloca todos os seres humanos num mesmo plano no que se refere à finitude e à vulnerabilidade de cada um, qualquer que seja sua proveniência. O agir solidário leva em conta o destino comum e só pode ocorrer por meio do reconhecimento” (Lévinas, 1988 cit. por Hossne e Silva, 2013, p. 154). Assim, observa-se que a solidariedade, vista por este prisma, pouco tem a ver com o significado jurídico ou político analisados por Hossne e Silva (2013). Para Hossne e Silva (2013) a solidariedade é a demonstração prática de como comunitarismo e individualismo, respeitando-se mutuamente, podem também atuar em harmonia, fortalecendo-se um ao outro, e transmitindo a mensagem de que “você não está só, afaste a solidão, estamos juntos com você” (Hossne e Silva, 2013, p. 155).

Conclusão

A pobreza e a exclusão social como questões bioéticas podem relacionar-se com o desenvolvimento humano, no que respeita ao acesso à saúde e à educação, às condições habitacionais e sanitárias, à segurança e proteção dos indivíduos, entre outras.

A pobreza é um fenómeno multidimensional e dinâmico que não se restringe aos aspetos socioeconómicos, como os baixos rendimentos, devendo ser analisada numa perspetiva

holística, e considerando que está na origem de desigualdades e exclusão social, impedindo os indivíduos de ter uma saúde física e mental, necessária à sua participação na sociedade, e consistindo, consequentemente, numa violação aos direitos humanos e à dignidade humana.

No decorrer da investigação foi possível verificar que os índices de pobreza, nos últimos 5 anos, têm vindo a aumentar, novamente, essencialmente devido à crise mundial sentida. Já no que respeita à exclusão social os números têm variado muito conforme os países em questão.

Desta forma, torna-se essencial o papel dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, no que respeita à identificação e vigilância da forma como estes fatores podem interferir na saúde dos indivíduos e das comunidades.

É igualmente importante refletir sobre o facto da pobreza gerar vulnerabilidade física, emocional e psicológica nos indivíduos. Sendo que uma saúde frágil conduz a mais pobreza, e vice-versa, os profissionais de saúde, e os governos essencialmente, devem estar atentos à forma como isso interfere na saúde das populações, principalmente aos indivíduos e grupos mais vulneráveis, que devem ser protegidos. Estes desequilíbrios da sociedade podem ser minimizados se os indivíduos e as comunidades assumirem a solidariedade como um valor social, que os unifica e defende os

mesmos interesses. A solidariedade deve ser vista como uma forma dos indivíduos, respeitando a sua individualidade, contribuírem para a força da comunidade numa altura em que a crise económica mundial afeta todos, mas essencialmente os mais vulneráveis. Para um desenvolvimento humano positivo, e para que não haja um aumento das desigualdades e da exclusão social, geradas pela pobreza, é importante que se trabalhe a equidade no seu verdadeiro sentido, sendo que todos devem ter as mesmas oportunidades, seja na saúde, na educação, no trabalho, etc

Referências:

COSTA, Lília (2003) – A transversalidade da ética. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. [Em linha]. vol. 2, n.º 2, p. 283-286. ISSN: 2236-5222 [Consult. 27 Nov. 2013]. Disponível em WWW:

URL:<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.portalseer.ufrba.br%2Findex.php%2Fcmbio%2Farticle%2Fdownload%2F4435%2F3291&ei=lradUrKJA8zy7AaBrYDwBQ&usg=AFQjCNGjGYSvnLgfwaZ144spFA2cL6BbDw>

COTTA, Rosângela [et al.] (2007) – Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Em linha]. vol. 29, n.º 1, p. 278-286. ISSN: 0100-5502. [Consult. 27 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/10.pdf>>

DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO (DRE) (2013) – Declaração Universal dos Direitos

Humanos. [consult. 19 Dez. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>>

DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO (DRE) (2013) – Constituição da República Portuguesa. [consult. 19 Dez. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://dre.pt/comum/html/legis/crp.html>>

GARRAFA, Volnei (2005) – Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Brasileira de Bioética* [Em linha]. vol. 13, n.º 1, p. 125-134. ISSN: 1808602-0. [Consult. 25 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102>

GIDDENS, Anthony (2004) – Sociologia. Fundação Calouste Gulbenkian. 4ª ed.. ISBN: 972-31-1075-X

HOSSNE, William (2009) – Dos referenciais da Bioética: a equidade. *Revista Bioethikos* [Em linha]. vol. 3, n.º 2, p. 211-216. ISSN: 2175-3393. [Consult. 30 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/71/211-216.pdf>>

HOSSNE, William (2009) – Dos referenciais da Bioética: a vulnerabilidade. *Revista Bioethikos* [Em linha]. vol. 3, n.º 1, p. 41-51. ISSN: 2175-3393. [Consult. 27 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/41a51.pdf>>

HOSSNE, William e SILVA, Franklin (2013) – Dos referenciais da Bioética: a solidariedade. *Revista Bioethikos* [Em linha]. vol. 7, n.º 2, p. 150-156. ISSN: 2175-3393. [Consult. 30 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/41a51.pdf>>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) (2010) – Sobre a pobreza, as desigualdades e a

privação material em Portugal. Lisboa. ISBN: 978-989-25-0081-2. [Consult. 28 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=100334100&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt>

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2004) – Enfermeiros: trabalhando com os pobres; contra a pobreza. ISBN: 92-95005-96-1. [consult. 20 Dez. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2004.pdf>

MAIA, Diana (2004) – Aplicar a ética: A questão da pobreza absoluta. [Em linha]. Universidade do Minho: Instituto de Letras e Ciências Humanas. Dissertação de Mestrado em Filosofia. [consult. 27 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/919/1/00%20TESE%20CAPA%2002.pdf>>

MALIK, Khalid (2013) – Relatório do Desenvolvimento Humano 2013. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) [Em linha]. ISBN: 978-92-1-126340-4. [Consult. 30 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL:<http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>>

MORI, Maurizio (sd) – A bioética: sua natureza e história [Em linha]. [Consult. 25 Nov. 2013].

Disponível em WWW: <URL: http://www.anis.org.br/Cd01/comum/TextoPosGraduacao/pos-graduacao_texto_07_mori_port.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2011) – Relatório Mundial de Saúde [Em linha]. ISBN: 978-97178-4-8. [Consult. 27 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>

REDE EUROPEIA ANTI-POBREZA (EAPN) (2013) – Estratégia Europa 2020: Ponto da situação das Metas em Portugal. [Em linha]. [Consult. 28 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL:http://www.eapn.pt/documentos_visualizar.php?ID=371>

REDE EUROPEIA ANTI-POBREZA (EAPN) (2013) – Indicadores sobre a pobreza: Dados nacionais e internacionais. [consult. 20 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <URL:http://www.eapn.pt/documentos_visualizar.php?ID=322>

SEN, Amartya (2003) – O Desenvolvimento como Liberdade. Gradiva-Publicações Lda. ISBN: 972-662-889-X

Implicações Éticas da Experimentação Animal

Ethical Issues of Animal Experimentation

Ana Valéria, Gonçalo Fero,

Resumo

A utilização de animais para fins experimentais é uma realidade tão antiga quanto a própria ciência; no entanto, nos tempos que decorrem a utilização da mesma para a investigação científica compõe um tema de teor altamente controverso. Assim, o presente artigo de revisão literária aborda diversas temáticas ligadas ao tema, como o enquadramento da experimentação animal, normativas ético-jurídicas existentes, principais aspetos éticos e problemática, no sentido de provocar uma maior sensibilização e reflexão ao leitor acerca deste assunto que se mostra de uma crescente pertinência, devido às questões e implicações éticas envolvidas na mesma.

Palavras-chave: Aspetos normativos; Bioética; Ética animal; Experimentação Animal.

Abstract

The use of animals for experimental purposes for different ends is a reality as old as science itself, however, its current use for scientific research makes up a topic with highly controversial content. Thus, this literature review article discusses various topics related to the theme, as the framework of animal experimentation, existing ethical and legal norms, main aspects and ethical issues in order to bring about greater awareness and reflection on this subject towards the reader, for it shows an increasing relevance, because of the issues and ethical implications involved in it.

Keywords–: Animal Ethics; Animal experimentation; Bioethics; Normative aspects.

INTRODUÇÃO

O presente artigo eleva-se com o objetivo de apresentar uma revisão literária assim como permitir a realização de uma análise profunda sobre a temática Implicações Éticas da Experimentação Animal, de modo a aprofundar

conhecimentos sobre o tema, assim como as suas implicações e problemáticas éticas, mais especificamente no ramo da bioética.

A utilização de animais como meio de avanço científico na biomedicina têm sido uma constante desde os primórdios da própria

medicina; no entanto, erguem-se nos dias de hoje questões que têm sido ignoradas até agora, com a valorização da vida do animal não humano ou a credibilidade da experimentação animal.

O presente artigo encontra-se dividido em: Experimentação Animal: Enquadramento Histórico, em que é apresentada a definição de experimentação animal assim como a sua história; Normativas Ético-Jurídicas, em que é apresentada a regulamentação da experimentação animal, oferecendo uma focagem ao nível da realidade da União Europeia; Implicações Éticas, onde são apresentados os princípios éticos relacionados com o tema e a sua problemática bioética; Problemática da experimentação animal, com a apresentação de questões e posições éticas; Conclusão, em que são apresentadas as considerações finais de forma reflexiva sobre os pontos fulcrais do artigo, dificuldades sentidas durante a produção do mesmo e ganhos sentidos pela sua realização.

Este artigo foi redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico, estruturado de acordo com as regras para submissão de artigos da revista *Enfermagem Oncológica*, e referenciado de acordo com a norma APA.

Experimentação Animal: Enquadramento Histórico

A experimentação animal refere-se, no seu sentido mais vasto, a todo e qualquer processo

científico em que há a utilização de um animal, vertebrado ou não, para fins de investigação. No entanto, a sua versão mais restrita e de existência mais comum defende experimentação animal como sendo a utilização de animais vertebrados (Conselho Nacional De Ética Para As Ciências Da Vida, 2011), excluindo-se os animais humanos (Azevêdo, 2006), para a realização de experiências com fins de investigação (apenas) no domínio da biomedicina, dado que as iniciativas jurídicas europeias geralmente defendem que assim seja (CNECV, 2011).

A experimentação animal encontra-se dividida atualmente em sete categorias principais (Paixão, 2001): Pesquisa básica – biológica, comportamental ou psicológica; Pesquisa aplicada – biomédica e psicológica, para pesquisa acerca de doenças, disfunções, defeitos genéticos; O desenvolvimento de substâncias químicas e drogas terapêuticas; Pesquisas relativas à dilatação da eficiência dos animais na agropecuária; Testes de diversas substâncias quanto à sua segurança, potencial de irritação e grau de toxicidade; Uso de animais em instituições educacionais para demonstrações, dissecação, treinamento cirúrgico, etc; Uso de animais para extração de drogas e produtos biológicos. Existem, para além destas sete categorias, outras menos faladas, mas não menos importantes, como é o caso da “pesquisa militar”, que inclui o

desenvolvimento de armas e testar as mesmas. Os animais podem ser submetidos a armas químicas, radiações ionizantes, laser, microondas de alta potência e armas biológicas. Neste tipo de experimentação os animais são submetidos a níveis elevados de dor e sofrimento que não são aliviados em grande parte (Paixão, 2001).

A utilização de animais para a realização de experiências remonta a um início quase tão antigo como o da própria medicina. Existem referências à sua ocorrência em várias das obras de Hipócrates, sendo que, no seu início, a experimentação animal adveio da curiosidade acerca do funcionamento dos órgãos e anatomia interna, pelo que eram realizadas vivisseções – dissecação dos animais enquanto vivos. Na época Renascentista, a utilização de animais passa a ser, verdadeiramente, para experiências, sendo que o facto do ser humano recorrer a animais é justificada com o facto de não lhes ser reconhecida a existência de uma alma ou consciência, sendo que estes eram vistos como “máquinas animadas”, assim, era considerado que estes não sofriam (CNECV, 2011).

No séc. XVIII é assinalada uma viragem significativa na maneira como a vida animal era compreendida, assim como a forma como as experiências realizadas nos animais era sentida pelos mesmos. Esta viragem foi protagonizada pelo filósofo utilitarista Inglês Jeremy Bentham,

que escreveu *The question is not, can they reason? Nor, can they talk? But, can they suffer?* (Introduction to the Principles of Morals and Legislation, publicado em 1789). O levantamento desta questão veio chamar à atenção a necessidade urgente que o ser humano tinha de repensar a forma como via o animal vivo não humano, no sentido de evitar provocar dor a este, dado que toda a dor é percebida como algo negativo (CNECV, 2011).

A partir desse momento, a dinâmica relacional entre o ser humano e o animal sofre uma grande alteração, isto graças à mudança de mentalidades gerada neste século, pelo que surgem as primeiras associações de defesa do animal relativamente à experimentação científica, como a The Victoria Street Society, criada em 1875 em Inglaterra (CNECV, 2011), sendo esta a primeira organização antivivisseção, que tinha como objetivo que a experimentação cirúrgica fosse feita com a utilização de anestesia, o que era exequível, dado que as propriedades anestésicas do clorofórmio já tinham sido descobertas (Rivera, 2002), sendo que surge neste mesmo país, no ano seguinte, o Cruelty to Animals Act, a primeira lei contra a crueldade contra os animais no contexto da experimentação científica. Este movimento na defesa dos animais seguiu numa tendência crescente a partir de então, com o objetivo de restringir e

mesmo a proibir a utilização de animais na investigação científica, contexto em que a dor aplicada pelo homem aos animais atinge níveis elevados (CNECV, 2011).

Apesar deste aumento na preocupação com o bem-estar dos animais, houve igualmente um aumento bastante significativo do número de animais e das espécies usadas na experimentação animal até à segunda metade do séc. XX, isto devido a vários fatores, em que se destacam: a declaração da existência de uma grande proximidade entre algumas espécies, ligadas pelo mesmo decurso evolutivo (pensamento ligado à Evolução das Espécies, de Charles Darwin); o aumento da importância do método experimental para os avanços científicos; o progresso de vários ramos da ciência que progridem através do procedimento experimental, como é o caso da farmacologia, a toxicologia, a virologia, a imunologia, a genética, etc; a revolução biotecnológica que se deu a partir da descoberta da dupla hélice, com o enorme crescimento da biomedicina e de novos domínios de investigação como a transplantação, a clonagem, a genética molecular e, graças a todas estas, à origem da Medicina Molecular (CNECV, 2011).

Apesar da diminuta quantidade de registos fidedignos, é de perceção geral de que a experimentação animal teve um grande desenvolvimento e evolução até meados dos anos 70 do séc. passado, em que os

movimentos de defesa dos animais, que até então possuíam uma fraca implantação social na generalidade dos países, viram a sua causa a ganhar uma nova força com a intensificação da questão do comportamento humano relativamente aos animais, que ganhou uma dimensão política e social que não possuía até esse momento. Com esta preocupação surgiram as diversas iniciativas legislativas que até hoje vêm sendo elaboradas (CNECV, 2011). Um dos principais ativistas dos direitos dos animais, Peter Singer, lançou em 1975 o livro *Animal Liberation*, considerado pelos ativistas da causa como uma verdadeira bíblia (Azevêdo, 2006).

De modo a reduzir a utilização de animais para o desenvolvimento das várias ciências que estão dependentes da experimentação animal para a sua evolução, surgiram alguns métodos como proposta, entre os quais: utilização de técnicas *in vitro*, principalmente na biologia molecular; Aumento da permuta e aceitação de resultados experimentais por diferentes pesquisadores (Azevêdo, 2006); Utilização de organismos inferiores; Técnicas imunológicas; Métodos físico-químicos; Modelos matemáticos e computacionais; Modelos humanos voluntários; Telemetria (CNECV, 2011).

Um dos princípios fundamentais gerados pelo levantamento da questão do sofrimento animal foi o conceito dos 3R: Replacement, Reduction e Refinement (substituição, redução e refinamento). Estes foram estabelecidos no

livro *The Principles of Humane Experimental Technique*, produzido por Russel e Burch, publicado em 1959.

Normas Ético-Jurídicas

Foi no século XVII que começou a surgir, ainda que lentamente, uma percepção alternativa relativamente à admissibilidade da experimentação animal. Efetivamente, Jeremy Bentham (filosofo utilitarista nascido no séc XVIII) representou uma das principais forças motrizes no sentido de repensar o relacionamento do ser-humano com a espécie animal, com o intuito de evitar provocar dor. Na verdade, ao questionar-se sobre a possibilidade de sofrimento dos animais, Jeremy Bentham inicia um movimento de advertência para a capacidade dos animais sentirem dor e para a premência do homem em evitar provocar dor a todo o ser que tenha capacidade de o sentir, uma vez que tal é percecionado como um mal. Desde então, têm-se multiplicado movimentos, organizações e iniciativas com o intuito de proibir a utilização de animais na investigação científica, tendo em conta a dor infligida pelo homem, visando a proteção desses seres (CNECV, 2011) (Azevêdo, 2006).

Efetivamente, são estes dois valores (investigação científica e bem-estar animal) que entram frequentemente em conflito e que a atual regulamentação ético-jurídica da experimentação animal pretende conciliar num ponto de equilíbrio dinâmico. (CNECV, 2011).

Na verdade, em 1876 é criado, em Inglaterra, a primeira lei de proteção dos animais no contexto da experimentação científica (*Cruelty to Animals Act*) contemplando princípios corroborados na atualidade; um ano depois da criação da primeira organização antiviviseccção (*The Victoria Street Society*) (Schneider; Souza, 2003) (Gomes, 2010).

No ano de 1978, foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos dos Animais pela UNESCO o que representou um grande avanço na afirmação e legitimação dos direitos dos animais. No seu artigo oitavo está consagrado a proibição da experimentação animal, pois é considerado que implica sofrimento físico para o ser qualquer que seja a intervenção médica, o que é incompatível com os direitos do animal. Encontramos também que, segundo o artigo supracitado, as técnicas de substituição devem ser utilizadas e desenvolvidas (Gomes, 2010).

No mesmo âmbito, respeito pelas leis e princípios de proteção animal, foram criadas as Comissões de Ética para a pesquisa científica em animais. Movimento que, originalmente, se efetivou na Suécia em 1979 (Schneider; Souza, 2003).

Foi em 1986, que o Conselho de Ministros da Comissão Europeia adotou o EC Council Directive on the Protection of the Vertebrate Animals used for experimental and other scientific purposes, que se efetivou na criação da diretiva 86/609/CEE com o intuito de

uniformizar as práticas (...) da utilização de animais na investigação científica na União Europeia. Em 2008, a Comissão Europeia realizou uma revisão da diretiva supracitada com intuito de “reforçar os níveis de proteção dos animais de experimentação, promovendo o bem-estar animal, mas também de reduzir o seu número” e “suprimir as novas disparidades entretanto surgidas entre os Estados-membros por via de um mais elevado nível de pormenor dos seus enunciados” (CNECV, 2011, pág.13). Foi criada então a Diretiva sobre a proteção dos animais usados para fins científicos – 2010/63/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de Setembro, contemplando os seguintes pontos fortes: alargamento do âmbito da Diretiva passando a proteger também algumas espécies de invertebrados, fetos no último trimestre de gestação e animais usados em investigação básica, educação e treino; intensificação da recomendação de “substituição” de animais por métodos alternativos (não-animais); reforço dos requisitos de bem-estar para os animais, ao nível das acomodações, dos cuidados prestados, da redução da dor, do sofrimento, do desconforto ou do prejuízo duradouro (princípios dos 3R) (CNECV, 2011). Esta diretiva consagra igualmente uma “total proibição para a utilização de primatas superiores, como chimpanzés, gorilas e orangotangos, exceto

quando se justifique pelo risco de extinção da espécie” (CNECV, 2011, pág.13).

No panorama Português e, passados 6 anos da Diretiva de Novembro de 1986, surge, dos Ministérios da Agricultura, Educação, Saúde e do Comércio e Turismo, a portaria nº 1005/92 que esclarece que os animais utilizados em investigações científicas deverão ser alojados num ambiente adequado com alguma liberdade de movimentos, recebendo os cuidados necessários à sua saúde e bem-estar (CNECV, 2011). Todavia, por alteração de alguns artigos, constituiu-se a portaria nº 1130/97 que delega as suas funções de fiscalização, supervisionamento das experiências realizadas com animais, para a DGV. Antes de qualquer trabalho experimental eu envolva uso de qualquer tipo de animais, o projeto pretendido deve ser comunicado à DGV, o qual deverá ser avaliado relativamente às normas do bem-estar animal. A 6 de julho de 1992 é criado o decreto-lei nº 129/92 que visa a proteção dos animais utilizados para fins de investigação científica, sendo alterado por diversos Ministérios, resultando no decreto-lei nº 197/96 de 16 Outubro. Importa referir ainda que a Constituição da República Portuguesa apresenta conteúdo relativamente a esta temática. Efetivamente, apresenta como objetivo fundamental a proteção dos animais assegurando que o seu uso é humano,

responsável e justificado, livre de sofrimento desnecessário (Gomes, 2010).

Segundo a Resolução n.º 96/2010, publicado a 16 de julho em Diário da República, sobre a criação de uma rede nacional de biotérios, contempla que a experimentação animal deverá ser efetuada respeitando a doutrina dos 3R (CNECV, 2011). No seu nº5 está consagrado que deverá ser promovida a “obrigatoriedade de todas as instituições científicas que utilizem animais em investigação possuírem uma comissão de ética que acompanhe todos os processos com experimentação animal e o cumprimento dos princípios 3R, cuja composição inclua especialistas em bem-estar de animais de laboratório” (Resolução n.º 96, 2010).

Corroborando o último período da Resolução n.º 96/2010 segue a afirmação de Schnaider e Souza (2003) que defendem que o exercício da pesquisa deve ser conduzido somente por pessoas cientificamente qualificadas e sob constante supervisão do seu orientador.

Todavia, segundo o CNECV (2011) no plano jurídico português, tem-se verificado uma tendência para se favorecer a “redução” e o “refinamento” em detrimento da “substituição”, a qual é, de cumprimento prioritário. Uma possível explicação poderá resultar da facilidade, para os investigadores, em alterar procedimentos em vez de considerarem novos métodos alternativos às

práticas vigentes. Em todo o caso é pela “substituição” que se deverá optar primeiramente (CNECV, 2011).

Implicações Éticas

Tendo em conta a crescente consciencialização da generalidade da população acerca do valor atribuído a todas as formas de vida, convergindo para um aumento da responsabilidade social associada à sua proteção, torna-se pertinente abordar a questão relativa à experimentação em espécies animais (CNECV, 2011) (Gomes, 2010).

Efetivamente, pensando novamente numa perspetiva histórica, o progresso científico (associado à liberdade da investigação) era um princípio que determinava, com grande influência, a ação humana no que toca à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos. Por conseguinte, foi-se assumindo uma conduta em que a exigência de toda a reflexão e prática, visando a aquisição de novos conhecimentos, se efetuava sem obstáculos e norteando-se de forma autónoma. A ciência apresentava-se como um valor instrumental (desenvolvimento social e minoração de dificuldades pessoais) bem como constitutiva da identidade humana, deste modo, foi-se tornando um fim em si mesma (CNECV, 2011) (Paixão, 2001).

Na verdade, no seguimento do pensamento, a experimentação animal (animal-objeto) foi tida como exclusivamente instrumental, pelo que a

sua utilização sem qualquer tipo de restrições era considerada eticamente legítima em função do fim que servia. Para além disso, o progresso biomédico estava fortemente assente na experimentação animal pelo que, qualquer tipo de restrição nessa área era visto como um obstáculo ou barreira à ciência e portanto inaceitável. Quando surgiu um novo paradigma (animal-ser) emergiu, paralelamente, um novo princípio ético relativamente ao bem-estar animal - o princípio utilitarista da maximização da felicidade ou bem-estar e minimização da dor e sofrimento. Na verdade, o seu surgimento deveu-se ao reconhecimento dos animais como seres sensíveis suscetíveis de sofrerem dor, deixando de estar associado exclusivamente às inter-relações humanas. Claro está que o valor da vida deixa de ser unicamente refletido em função da espécie, mas também do nível de consciência e da complexidade da vida mental do ser. Face ao exposto, toda a experimentação que provoque sofrimento num ser senciente deverá ser proibida (CNECV, 2011) (Rivera, 2002).

Face ao exposto, conclui-se que o problema ético do uso dos animais para experimentação emerge do conflito entre as tentativas de resolução de problemas vitais, contraposto com os princípios éticos de respeito pela vida e a abstinência de infligir dor e sofrimento (Gomes, 2010). Então, a legitimidade ética da experimentação animal passa pela ponderação

de dois princípios éticos opostos: o da liberdade de investigação; e o da maximização do bem-estar do ser senciente. O primeiro pretende manter a total isenção de barreiras à experimentação animal, por outro lado o segundo converge para a proibição da utilização de animais na investigação (CNECV, 2011) (Rivera, 2002). Notando-se a premissa de que a ética e a ciência são indissociáveis (Gomes, 2010).

Todavia, a diversidade associada a definição de bem-estar torna a questão subjetiva aos olhos de cada indivíduo. De facto, vários são os autores que sugerem definições de bem-estar animal associadas a uma alimentação adequada; espaços adequados e isenção de situações de stress e sofrimento. Para Singer (2006) a saúde física do animal; os sinais fisiológicos; e o comportamento que o animal demonstra são indicadores do sofrimento ou bem-estar do animal. Para Regan (2004) o simples facto dos animais serem capazes de sentir dor, prazer, alegria e tristeza impõe a atribuição de um estatuto moral e portanto não existem diferenças entre os animais e humanos relativamente a serem tratados com respeito – princípio básico da igualdade (Animais e Humanos não podem ser tratados de forma distinta pois não existe nenhuma justificação moral que aceite tal discriminação) - (Gomes, 2010).

Contudo, antropocentristas defendem que os animais não têm estatuto moral, pois não apresentam autonomia, consciência, racionalidade e linguagem. Todavia, para vários autores defensores dos direitos dos animais, aplica-se o argumento dos Casos Marginais. Ora se os animais não merecem respeito pela sua vida e interesses nem sequer estatuto moral por não possuírem características humanas como a autonomia, porque é imputável a um bebé ou pessoa portadora de deficiência mental um estatuto moral? (Gomes, 2010).

Com o passar dos anos o princípio da proteção animal foi assumindo um relevo crescente em deterioramento da “tradicional hegemonia da liberdade de investigação” (CNECV, 2011, pg.10) devido a variadas iniciativas. Singer (1975) contribuiu para o incremento das mesmas, através de várias obras, em prol do bem-estar dos animais com “Animal Liberation” e Regan (1983) com “Animal Rights and Human Obligations”; também a Declaração de Barcelona (1998), que enunciou novos princípios éticos fundamentais em bioética e biodireito, fortaleceram a obrigatoriedade de proteção animal, nomeadamente o princípio da vulnerabilidade e o da integridade. Ambos são aplicáveis a todos os animais e até à natureza. O primeiro princípio defende que é obrigatório cuidar de todas as formas de vida que, enquanto tal, são frágeis e finitas. O segundo defende que é obrigatório respeitar não só pelo

carácter essencial da vida e suas condições básicas, mas também pela coerência, pela história, dessa vida, o que pode igualmente contemplar a vida animal (CNECV, 2011) (Paixão, 2001). Para Rivera (2002) o princípio do respeito pela vida exige que se obtenha um ganho maior de conhecimento com um custo menor no número de animais utilizados e com menor sofrimento dos mesmos. Porém, permanece a questão; até que ponto a tecnologia de substituição de animais não prejudica a evolução da ciência médica? (Schneider; Souza, 2003).

Na demanda de criar um modelo de compromisso entre os dois princípios éticos sem lesar os interesses da vida animal nem os da investigação científica surge a doutrina dos 3Rs (Replace; reduce e refine), em 1987, por Russel e Burch. Denominaram de Princípio Humanitário da Experimentação Animal (Rivera, 2002). De facto, o modelo supracitado baseia-se em três princípios hierarquizados fundamentais, enunciando “o dever de optar por métodos alternativos ao do recurso a animais, por modelos não vivos, sempre que se mantenha possível alcançar os mesmos objetivos científicos” (princípio da substituição); “o dever de, na ausência de um método alternativo válido, diminuir maximamente o número de animais participantes na experiência, respeitando os respetivos requisitos estatísticos para assegurar a pertinência do estudo”

(princípio da redução) “e o dever de, durante o processo de experimentação, se adotar procedimentos que eliminem ou minimizem a dor infligida ao animal (bem como o sofrimento e o desconforto), através do recurso a analgésicos ou estabelecendo níveis máximos de dor a impor, a partir dos quais a experiência deverá ser terminada” (princípio do refinamento) (CNECV, 2011. pág. 11). Esta doutrina reúne então uma grande consensualidade pelo facto de permitir a conciliação sensata entre os dois princípios antagonistas, promovendo um equilíbrio entre o desenvolvimento científico e a manutenção do bem-estar animal (CNECV, 2011) (Rivera, 2002) (Azevêdo, 2006). Contudo, Singer (2002) defende que muitos cientistas consideram os animais como seres que não possuem interesses nem direitos, não demonstrando qualquer respeito perante a vida dos mesmos apesar da existência de legislação protetora (Gomes, 2010).

Problemática da Experimentação Animal

A experimentação animal acarreta consigo inúmeras questões a nível ético, que nos levam a ponderar quais serão as posições tomadas perante este problema, e os argumentos para cada uma dessas posições. Uma das principais questões que se levanta é o que faz os seres humanos moralmente mais importantes que os animais. De modo a diferenciar os seres vivos pelo seu valor moral (em oposição àquilo que é

geralmente feito – valorização conforme a espécie), o Nuffield Council on Bioethics sugere a utilização de 5 características: Senciência – capacidade de sentir prazer/dor; Elevadas capacidades cognitivas – como a capacidade de utilizar linguagem ou realizar tarefas complexas, como fazer e utilizar ferramentas; A capacidade de prosperar – a capacidade de satisfazer as necessidades específicas de espécies; Sociabilidade – ser membro de uma comunidade; Possuir uma vida – atribuir importância à Vida em si (Nuffield Council of Bioethics, 2013).

Ainda assim, com a existência destes critérios, há variadas posições sobre este assunto, sendo que a maioria das pessoas assume uma posição híbrida – isto é, uma posição que não se opõe nem aceita completamente a experimentação animal, pelo que sente que para que esta ocorra, há certos limites a ter em conta. O debate ético possui duas questões que geram grande discussão e controvérsia: 1 - Quais são os limites definidos? 2 – Como é que vamos pesar os diferentes fatores moralmente relevantes dentro dos limites permitidos? De modo a fornecer respostas a estas perguntas há que ter em conta pelo menos 5 questões: 1 – Quais são os objetivos da pesquisa? 2 – Qual é a probabilidade de sucesso? 3 – Quais animais devem ser usados? 4 – Que efeito haverá sobre os animais utilizados no experimento? 5 – Existem alternativas? (NCB, 2013).

Postas estas características a ter em conta e as questões geradas pelas mesmas, as posições apresentadas pelo Nuffield Council on Bioethics são, então, a de anything goes (vale tudo) em que se aceita completamente a experimentação animal, sem necessitar de justificação ética; on balance justification (justificação equilibrada) em que se considera que as pesquisas envolvendo animais são moralmente aceitável se os benefícios forem superiores aos custos, mas todas as medidas razoáveis devem ser tomadas para reduzir os danos aos animais; moral dilemma (dilema moral) em que se crê que a maioria das formas de pesquisa envolvendo animais representam dilemas morais. A pesquisa com animais é moralmente inaceitável, no entanto, sem esta não é feita pesquisa que poderia ser benéfico para os seres humanos ou animais; abolitionist (abolicionista) que considera que não há justificação moral para qualquer tipo de investigação prejudicial em animais que não seja em benefício do animal individual. Os seres humanos não fazem experimentação com animais porque é certo, mas sim porque podem (NCB, 2013).

Em pleno séc. XVII, Descartes via os animais como sendo seres sem capacidade senciente, que não passavam de máquinas animadas; no entanto, este pensamento chocou Voltaire (séc. XVIII), que cria piamente na capacidade de sentir dos animais. (6) Jeremy Bentham, considerado largamente como sendo o principal

filósofo do séc. XVIII na defesa dos animais, considerava, tal como foi referido anteriormente, os animais como sendo seres capazes de, acima de tudo, sentir, referindo ainda que um cão ou um cavalo possuem uma capacidade de socialização bastante maior do que um bebé humano com um dia, uma semana, ou até mesmo com um mês de vida. Desta forma, a maior parte da população crê na capacidade de sentir dos animais, pelo que há um aumento crescente de argumentos contra a utilização de animais em experiências para o proveito dos seres humanos (Paixão, 2001).

Um dos principais argumentos contra a experimentação animal prende-se com o facto de existir um elevado nível de ineficácia nestes estudos, dadas as diferenças fisiológicas entre os animais e o ser humano. Como prova disto mesmo temos o caso da penicilina, que foi inicialmente declarada “não tóxica” após ter sido experimentada em ratos; no entanto, bastava que esta tivesse sido experimentada em porquinhos-da-índia para que fosse considerada “mortalmente tóxica”, fazendo com que uma das maiores descobertas da medicina fosse posta de parte. Além das diferenças entre as espécies, é de notar também que existem sintomas que, mesmo que os animais os sintam, não conseguem transmitir, como é o caso das náuseas, dores de cabeça, depressão ou distúrbios psicológicos. Mais grave que isto é ainda os casos em que

uma substância ou procedimento, que obteve resultados positivos nos animais, traz resultados nefastos quando administrados/realizados no ser humano, como no caso da Keratotomia Radical, que resultou perfeitamente em coelhos mas que resultou na cegueira dos primeiros seres humanos em que foi realizada (isto porque a córnea do coelho possuía a capacidade de se regenerar internamente). O mesmo se passou com o amianto, que provocou um avultado número de mortes em seres humanos, tudo porque em laboratório não foi demonstrado o seu potencial cancerígeno (Stefanelli, 2011).

Assim, é-nos possível aferir que a experimentação animal constitui não só um atentado à vida de seres não humanos, como se constitui ainda como sendo danoso para a vida do ser humano, isto pois há medicamentos importantes no tratamento de patologias humanas que foram esquecidos e postos de parte durante vários anos por causarem danos aos animais, fazendo da viviseção um método cruel e antiético (Stefanelli, 2011).

Considerações Finais

A experimentação animal tornou-se definitivamente um problema moral que tem ganho um incrível visibilidade com o passar dos anos, especialmente quando se fala de ética na pesquisa ou em ética aplicada, seja na bioética, na ética ambiental ou, mais especificamente, na ética animal. De facto, a

tomada de decisão ética em relação aos animais é problemática e bastante discutida, requerendo uma posição fundamentada, pois várias são as orientações assumidas pelos estudiosos. Deste modo, surgiu o interesse do grupo em estudar esta temática, focando-se nos aspetos mais gerais que originam controvérsia nesta temática.

De acordo com a visão utilitarista, devemos considerar não apenas os interesses de todos os seres humanos afetados, mas também de todos os seres vivos sencientes, culminando numa premissa de bem-estar universal e de equilíbrio do bem sobre o mal, através da maximização da satisfação de interesses conscientes. Pois, se são seres sencientes, o estatuto moral deverá juntamente com o valor da vida ser respeitado.

Pese embora, os estudos em animais continuarem a ser vitais para o desenvolvimento da ciência, a crueldade implícita na atividade experimental sobre animais é reconhecida, uma vez que a legislação existente bem como diversas iniciativas mundiais sugerem a utilização de métodos alternativos. Existe ainda um desacordo no que toca à validade dos conhecimentos adquiridos através da experimentação animal que são posteriormente transpostos para a vida humana e quanto à pertinência da experimentação animal.

Todo esse conjunto de leis e iniciativas visam a proteção e o respeito pelos direitos dos animais

por parte dos humanos, devendo estes ter consciência que todo o animal tem direito de viver e ter a sua integridade física e psicológica protegida.

Efetivamente, a União Europeia recomenda a cada Estado-Membro a adoção de medidas e regulamentação específicas sobre esta temática, exigindo um conjunto de regras de proteção e cuidados dos animais utilizados para fins científicos. De exaltar o facto destas medidas da EU bem como a criação de diretivas permite a criação de condições de modo a minimizar e/ou evitar sempre que possível a dor ou sofrimento animal, garantindo o seu-bem estar. Sempre com a noção de avaliar a verdadeira necessidade de realização da experiência considerando sempre o custo para o animal e o benefício que daí poderá advir para o ser humano.

Porém, existe a necessidade de leis mais específicas sobre a utilização de animais em experimentação e de estimular a sociedade a debater e a focar-se nesta temática. Pois é da responsabilidade cívica individual pressionar os legisladores no sentido de mostrar a pertinência do tema, com o intuito de criar leis que regulam de forma mais eficaz a prática científica na investigação em animais. Pois em Portugal, segundo a DGV, a utilização de animais em investigação é altamente recorrente – cerca de 70 000 animais registados em 2007. Problematisando-se o verdadeiro papel das

associações e comités que têm como actividade principal o controle da experimentação animal.

Quanto à realização deste artigo, o grupo considera que não houve nenhuma dificuldade que comprometeu a realização do mesmo. Talvez o aspeto que suscitou maior apreensão foi o facto de a temática ser bastante abordada e de existir uma grande dimensão associada à experimentação animal, focando-nos nos aspetos mais gerais.

Contudo, pensamos que conseguimos atingir os nossos objetivos pois foi realizada um análise relativamente à experimentação animal, contemplando os aspetos ético-jurídicos. Contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos associados às implicações éticas bem como às controvérsias geradas no ramo da bioética.

A realização deste artigo foi enriquecedora, uma vez que nos permitiu adquirir novas noções bioéticas e uma compreensão alargada da fragilidade que existe no estabelecimento de normas que satisfaçam, por um lado a ancestralidade do progresso científico e por outro uma nova corrente filosófica da proteção dos animais. Além disso, permitiu-nos depreender que enquanto cidadãos nos cabe o dever de preservar os direitos dos animais colaborando nomeadamente na sua proteção e apesar de se verificar a existência de estratégias e medidas controlo da experimentação animal e de proteção dos direitos dos animais.

BIBLIOGRAFIA

Azevêdo, D. (2006). Experimentação animal: aspectos bioéticos e normativos. Recuperado em 12 dezembro, 2013 de <http://www.portalbioetica.com.br/adm/artigos/Danielle11.07.06.pdf>

Directiva 86/609/CEE de 24 de Novembro de 1986. (1986). relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares, e administrativas dos Estados-membros respeitantes à protecção dos animais utilizados para fins experimentais e outros fins científicos. Recuperado em 18 dezembro, 2013 de

http://ec.europa.eu/food/fs/aw/aw_legislation/scientific/86-609-eeec_pt.pdf

Resolução n.º 96/2010 de 11 de Agosto. (2010). Recomenda ao Governo a criação de uma rede nacional de biotérios que forneçam animais para investigação científica e que promova a implementação dos princípios 3R. In Diário da República (1.ª série — N.º 155). Recuperado em 20 dezembro, 2013 de <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/08/15500/0331503315.pdf>

Conselho Nacional De Ética Para As Ciências Da Vida. (2011). Parecer n.º 62 do Conselho Nacional De Ética Para As Ciências Da Vida: Aspectos éticos da experimentação animal. Lisboa. Recuperado em 10 Dez, 2013, de http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1324661716_P%20062%20CNECV%202011.pdf

Gomes, A. (2010). Ética e Experimentação Animal – Representações de docentes/alunos da UA. Recuperado em 20 dezembro, 2013, de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3833/1/4449.pdf>

Decreto-lei n.º197/96 de 16 de Outubro. (1996). In Diário da República. (1 Série - A. N.º 153). Recuperado em 18 dezembro, 2013 de <http://www.dre.pt/pdf1s/1996/10/240A00/36193619.pdf>

Portaria n.º 1005/92 de 23 de Outubro. (1997). Aprova as normas técnicas de protecção dos animais utilizados para fins experimentais e outros fins científicos. In Diário da República (1 Série -B. N.º 245). Recuperado em 19 dezembro, 2013 de <http://dre.pt/pdf1sdip/1997/11/258B00/61126112.pdf>

Nuffield Council of Bioethics. (2013). Ethical issues: Is it morally acceptable to cause pain, suffering and death to animals? Recuperado em 10 Dez, 2013, de <http://www.nuffieldbioethics.org/print/352>

Nunes, L. (2012/2013). Guia Orientador de Ética II. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

Paixão, R. (2001). Experimentação animal: razões e emoções para uma ética. Rio de Janeiro. Recuperado em 10 Dez, 2013, de <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4424/2/72.pdf>

Palmer, C & Sandoe, P. (2011). Animal ethics. Ed(2). (Chap 1). Recuperado em 17 dezembro, 2013 de http://curis.ku.dk/ws/files/35138003/Animal_ethics_chapter_1.pdf

Directiva 2010/63/EU. (2010). Protecção dos animais utilizados para fins científicos. Jornal Oficial da União Europeia. Recuperado em 18 dezembro, 2013 de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:276:0033:0079:Pt:PDF>

Rivera, E. (2002). Ética na experimentação animal. Editora Fiocruz. Recuperado em 11 dezembro, 2013 de <http://books.scielo.org/id/sfwjtj/pdf/andrade-9788575413869-05.pdf>

Schnaider, T & Souza, C (2003). Aspectos éticos da experimentação animal. Revista Brasileira de Anestesiologia (Vol. 53, Nº 2, pp. 278-285). Recuperado em 10 dezembro, 2013 de <http://www.scielo.br/pdf/rba/v53n2/v53n2a14.pdf>

Stefanelli, L. (2011). Experimentação animal: Considerações éticas, científicas e jurídicas. <http://sare.anhanguera.com/index.php/rencsc/article/view/2834/1194>

;

Transplante e Doação de Órgãos e Tecidos a Partir de Dadores Vivos – Uma Reflexão Bioética

Ethical Issues on Donation and Transplantation of Organs And Tissues

Ana Carapinha Portugal, Mário Rosa Macheta

Resumo

O transplante e a doação de órgãos demarca-se como um dos maiores avanços na história da medicina, assumindo cada vez maior relevância nos tratamentos de diversas patologias. Porém devido à penúria de órgãos têm sido verificados diversos desenvolvimentos, sendo que na atualidade esta técnica já abrange dadores vivos. Neste sentido, o presente artigo visa refletir sobre as questões éticas do tema transplante e de doação de órgãos a partir de dadores vivos, recorrendo a diferentes autores portugueses de modo a verificar as normativas ético-jurídicas vigentes em Portugal e as questões problemáticas que esta temática levanta no nosso país, visando uma sensibilização e reflexão da sociedade sobre a mesma.

Palavras-chave: Transplante, Doação, Órgãos, Tecidos, Ser Humano, Ética

Abstract

Transplantation and organ donation became one of the greatest advances in medical history, assuming an increasing importance in the treatment of several pathologies. Due to the shortage of organs have been checked several developments, and today this technique already covers living donors. In this sense, this article aims to reflect on the ethical issues of transplantation and organ donation from living donors, using different Portuguese authors in order to assess the ethical and legal regulations in force in Portugal and the problematic issues that this theme raises in our country, aimed at raising awareness and reflection of society on it.

Key-words: Transplant, Donation, Organs, Tissues, Human Being, Ethics

Introdução

A temática é o transplante e doação de órgãos a partir de dadores vivos, sobre a qual se realizou uma revisão bibliográfica e uma análise sobre as

questões éticas que surgem em Portugal, de modo a desenvolver conhecimentos sobre problemáticas bioéticas, treinar a reflexão e o debate destes problemas, analisar

aprofundadamente uma temática bioética, majorar a capacitação para a tomada racional de decisões em problemas surgidos da prática de enfermagem, sob um enfoque pluralista e transdisciplinar(Nunes, 2013).

Os avanços tecnológicos verificados nas últimas décadas, têm permitido ao homem desenvolver-se tecnologicamente em diversos campos, dos quais, nas ciências biomédicas. Aqui têm sido desenvolvidas técnicas que permitem efetuar tratamentos eficazes a diversos problemas de saúde que afetam o ser humano, como é o caso dos transplantes (Barcelos, 2009).

O artigo encontra-se estruturado em três principais temáticas, iniciando-se com a contextualização histórica dos transplantes que contém uma breve descrição do conceito e a evolução histórica do tratamento. Em seguida é abordado o tema “Transplante e Doação de órgãos por dadores vivos em Portugal”, onde é efetuada uma breve reflexão sobre o conceito de pessoa, abordada a regulamentação do transplante e doação de órgãos por pessoas vivas em Portugal e os princípios e questõeséticas relacionadas com a problemática da transplantação e dádiva em vida; Por último, o capítulo referente às considerações finais, na qual é realizada uma reflexão crítica sobre a temática, salientando as ideias principais do artigo, as dificuldades

encontradas na realização do artigo e ainda os principais ganhos da sua realização.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS TRANSPLANTES

Os transplantes posicionam-se como um dos maiores progressos do século passado, no que diz respeito aos cuidados de saúde. Estes consistem 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. De acordo com Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV] (2006) existem três tipos de transplantes, autotransplante, homotransplante ou aloenxerto e xenotransplante. O primeiro está relacionado com os enxertos de tecidos de uma pessoa em si mesma. Os aloenxertos caracterizam-se por ser uma transplantação de células, tecidos ou órgãos de entre indivíduos da mesma espécie, quer em caso de dador vivo ou cadáver. O xenotransplantes é referente a transplantes entre indivíduos de espécies diferentes (CNECV, 2006; Sousa, 2012).

O transplante tornou-se uma realidade viável apenas no século XX. Diversas foram as peripécias e marcos importantes respeitantes a esta técnica ao longo deste século, que a tornaram no que ela é atualmente, uma das terapêuticas de maior relevância dos cuidados de saúde. De acordo com Barcelos e Sousa (2009

e 2012) registos históricos apontam as primeiras práticas de transplantação aos séculos VI e V a.C., em tentativas de realização de enxertos de pele na reconstrução de narizes e orelhas, por parte de cirurgiões indianos.

As transplantações de pele foram as primeiras experiências com mais sucesso nesta área, servindo de grande impulso para futuros transplantes. Ainda no século XVII, e com maior frequência no século XVIII, foram realizadas as primeiras experiências de substituição de partes do corpo humano, mais concretamente as transfusões sanguíneas. Porém estas não revelavam muito sucesso, devido ao desconhecimento da existência do sistema ABO. No entanto, quando descoberto tornou-se num dos momentos mais emblemáticos da história desta técnica, uma vez que com esta surgiu a preocupação de haver uma correspondência entre o grupo sanguíneo do recetor e do dador para que qualquer transplantação fosse bem-sucedida (Barcelos, 2009).

Contudo a identificação dos grupos sanguíneos não se traduzia numa elevada taxa de êxito dos enxertos, sendo evidente a carência de desenvolvimento das técnicas cirúrgicas (Sousa, 2012). De acordo com Barcelos (2009), Alexis Carrel deu início às experiências cirúrgicas vasculares em animais, no ano de 1901, prosseguindo com a investigação nesta área, juntando-se a Charles Guthrie nos Estados

Unido, realizando diversas variadas experiências de transplantação de rins de animais.

O desenvolvimento tecnológico resultante da investigação efetuada nas primeiras décadas do século XX, veio possibilitar a realização dos primeiros transplantes de órgãos em humanos. As primeiras experiências ocorreram na década de 30, com a finalidade de encontrar solução para a insuficiência renal crónica, através do transplante de rins (Barcelos, 2009)

Segundo Barcelos (2009) o transplante de um rim proveniente de um cadáver para um dos seus doentes, possibilitou a Richard Lawler a realização da primeira transplantação de um órgão bem-sucedida, ainda que o rim tenha funcionado apenas por seis meses. Esta experiência serviu de impulso para a comunidade científica, tendo sido efetuados inúmeros ensaios no ano seguinte, em França, Canadá, Estados Unidos e Grã-Bretanha. Mas quase todos eles se traduziram em insucessos, levando à morte da maioria dos recetores (Sousa, 2012; Barcelos, 2009).

Peter Medawere desvendou com os seus trabalhos que a rejeição tratava-se de um fenómeno do sistema imunitário, no qual o organismo recetor reconhece o órgão transplantado como um corpo estranho. A compreensão da identidade e compatibilidade (histocompatibilidade) foi essencial no desenvolvimento da técnica de transplante (Barcelos, 2009).

A investigação do holandês Jan vanRood em 1958, evidenciou a existência de dois sistemas HLA (humanleucocyteantigensystem), o de classe I e o de classe II. O primeiro caracteriza-se por expressar antígenos oriundos do interior das células, enquanto o sistema HLA de classe II expressa antígenos procedentes do exterior das células (Barcelos, 2009). Este novo conhecimento possibilitou uma nova evolução na transplantação, uma vez que o fenómeno da rejeição era agora melhor compreendido e previsível, pois este ocorria devido à divergência de antígenos do sistema HLA de classe I (Barcelos, 2009).

O desenvolvimento da técnica de transplantação com a descoberta do sistema HLA, proporcionou a realização de transplantes de outros órgãos vitais, como o fígado, pulmões, pâncreas e coração. Nos anos 60 sucederam-se inúmeras experiências de transplantação de diversos órgãos, mas aquela que foi mais marcante foi o primeiro transplante cardíaco. Louis Washkansky, um doente cardíaco de 54 anos, recebeu um coração de uma jovem vítima de um acidente de aviação, à qual os médicos declararam-lhe morte cerebral. Este caso originou um grande impacto na comunidade científica, originando também revolta e polémica, devido à legitimidade do procedimento, surgindo as primeiras questões éticas relacionadas com o dador e o recetor (Barcelos, 2009; Sousa, 2012).

Para além do critério de morte cerebral utilizado pelo cirurgião Christiaan Barnard, foi também debatido o modo como foi realizado o consentimento ao doente e questionada a informação que lhe foi transmitida sobre as reais hipóteses de sucesso, uma vez que naquela época a terapêutica de imunossupressão não estaria suficientemente desenvolvida de forma a evitar a rejeição do órgão (Barcelos, 2009; Resende 2008).

Em 1969 foi efetuado o primeiro transplante em Portugal, uma transplantação renal de irmã para irmão com sucesso, realizada pelo Professor Linhares Furtado. Onze anos mais tarde devido à falta de laboratórios, deu-se o primeiro transplante de rim em Portugal, em que o órgão era oriundo de um cadáver (Sousa, 2012)

Nos anos 70 prosseguiram inúmeras experiências de transplantação dos diversos órgãos vitais, mas quase todos resultantes em morte do recetor, sobretudo devido ao fenómeno fisiológico da rejeição. A terapêutica de imunossupressão demonstrava ser aquela com melhores resultados relativos ao processo de rejeição do órgão, porém as existentes não se revelavam suficientemente eficazes. A descoberta da ciclosporina, em 1978, pelo francês Jean-François Borel, proporcionou uma enorme melhoria dos resultados clínicos dos transplantes. Esta nova terapêutica permitia agora realizar com êxito os transplantes,

prevenindo a rejeição dos órgãos através da supressão do sistema de amplificador da resposta imunitária. Esta descoberta estabeleceu a passagem da fase experimental para a fase terapêutica dos transplantes (Barcelos, 2009).

Transplante e Doação de Órgãos por Dadores vivos em Portugal

A transplantação e doação de órgãos, tem vindo a evoluir continuamente como já foi referido, fazendo-se acompanhar de diversas implicações legais, éticas e bioéticas, adquirindo uma importante relevância em diversas terapêuticas (CNECV, 2012).

Este avanço tecnológico obriga-nos a refletir sobre a noção de pessoa, que é confrontada com o desafio ética que é a dádiva de órgãos para transplante. A doação de um órgão está intimamente ligado com o conceito de pessoa. A colheita afetará o corpo do dador, pelos danos físicos causados, mas a sua integridade será mantida, se esta tiver sido realizada com consentimento livre e esclarecido (Sousa, 2012). Por outro lado, é a condição de ser relacional das pessoas que permite esta realizar uma ação de forma voluntária e solidária como é a doação de um órgão ou parte do seu próprio corpo (Barcelos, 2009).

Hoje em dia o conceito de pessoa é então confrontado com este desenvolvimento da biotecnologia, através de novas soluções como

o caso do transplante, que conduzem a uma renovação desse mesmo conceito. É então imprescindível que sejam estabelecidos limites, salvaguardando a integridade e dignidade do dador (Barcelos, 2009)

Segundo Neto (2008), por vezes a necessidade de salvaguardar os direitos das pessoas são um entrave ao progresso biotecnológico, como por exemplo o direito à integridade física, que limita de certo modo, o espaço para a realização de transplantes. Mesmo que seja verificada eficácia de qualquer desenvolvimento tecnológico, este não poderá ser ampliado a todas as pessoas, se puser em causa a liberdade individual de cada pessoa. Segundo o artigo número dois da Convenção sobre os Direitos Humanos e da Biomedicina “o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência” (Assembleia d República, 2001). Ainda assim atualmente a transplantação é aceite, pela sua potencialidade terapêutica de substituir órgãos e tecidos que estejam em falência numa pessoa (Barcelos, 2009).

É indiscutível que a noção de pessoa é algo que deve fazer parte da fundamentação das respostas relativas às questões éticas que a temática da transplantação e doação de órgãos a partir de pessoas vivas levanta.

O primeiro transplante de órgãos em Portugal sucedeu-se no ano de 1969, como já foi referido anteriormente, não existindo nessa altura

qualquer legislação quanto a esta temática (Barcelos, 2009). A primeira regulamentação quanto à colheita e transplantação de órgãos surgiu com o Decreto de Lei nº553/76, que teve como principal objetivo legalizar a prática da transplantação. Este verificou ser muito limitativo, uma vez que só constava no mesmo referência à colheita de órgãos ou tecidos para transplante provenientes de cadáveres, não existindo qualquer enquadramento legal quanto dádiva de órgãos em vida não prevendo também a existência de não dadores (Resende, 2008). Este modelo inicial de colheita de órgãos restringido à doação postmortem revelou-se insuficiente perante as necessidades terapêuticas evidenciadas pela sociedade, devido à generalização dos procedimentos de transplantação como forma de tratamento (Barcelos, 2009).

Por esta mesma razão surgiu passado 17 anos a segunda lei sobre os transplantes, a Lei nº12/93, de 22 de Abril (Resende, 2008). Este segundo modelo proposto consagrava a colheita e doação em vida desde que existisse relação familiar por consanguinidade (Barcelos, 2009). Esta mudança de paradigma veio levantar novas questões e dilemas éticos, (Resende, 2008). Do ponto de vista técnico, esta revelou-se uma medida vantajosa, contribuindo para um aumento do número de transplantes. Porém, nem esta medida se revelou suficiente para dar conta das necessidades existentes,

surgindo nos últimos anos novas legislações (como a Lei n.º 12/93 que foi alterada e republicada pela Lei n.º 22/2007) com o objetivo de ampliar o domínio da colheita à doação em vida, nomeadamente o alargamento da colheita de órgãos em dadores vivos a familiares sem relação de sangue e voluntários que manifestassem tal vontade, despertando novas questões éticas e debates na sociedade (Barcelos, 2009)

É evidente que transplantação e doação de órgãos a partir de dadores vivos despertam várias questões éticas sobre as quais devemos refletir. Nas mais relevantes está desde logo o consentimento informado que é algo transcendente a qualquer cuidado de saúde prestado; dentro do paradigma familiar surgem diversas questões como o carácter voluntário da doação consequente de vinculações afetivas ou pressões existentes por membros da família, e ainda o consentimento de menores e pessoas mentalmente debilitadas que são grupos de maior vulnerabilidade; surgem ainda questões éticas no domínio da doação por voluntários que estão relacionadas com uma possível comercialização de órgãos ou coação para que estes o façam (Barcelos, 2009)

No que diz respeito ao consentimento informado, à luz do número um do artigo oitavo da Lei nº 22 /2007 de 29 de Junho (Assembleia da República, 2007), sendo a doação de um órgão ato invasivo e a manutenção da

integridade física essencial, é indispensável o consentimento livre pela pessoa dadora de modo a preservar a sua autonomia e para que a dádiva seja encarada como voluntária (Sousa, 2012). Este consentimento é fundamentado no princípio ético da autonomia, na procura de salvaguardar a integridade e dignidade de cada pessoa. Para tal, é necessário que o consentimento seja livre, esclarecido, voluntário e consciente, de modo a que a pessoa tome uma decisão ciente dos riscos que a doação de um órgão lhe possa causar (Barcelos, 2009). Este terá ainda de ser livre de qualquer pressão, influência ou até mesmo intimidação, no sentido de preservar um direito da pessoa que é a autodeterminação (Sousa, 2012).

Tal vai de encontro ao proclamado no artigo quinto da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (1997) “qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efetuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida. A esta pessoa deverá ser dada previamente uma informação adequada quanto à natureza e ao objetivo da intervenção, bem como quanto às suas consequências e aos seus riscos. A pessoa em causa poderá, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.” (Assembleia da República, 2001, p.27).

Assim sendo, o dador terá de ser esclarecido de todos os riscos que estão subjacentes à colheita, de os possíveis riscos associados aos

procedimentos a realizar antes da doação (relativos ao teste de histocompatibilidade entre dador e recetor) até às prováveis complicações que possam surgir da cirurgia e período pós-operatório. Ao dador deverá ser-lhe informado acerca do tempo estimado de recuperação bem como da possibilidade de não vir conseguir a desempenhar as suas funções no trabalho (Sousa, 2012).

Existe ainda outra questão relacionada com o consentimento informado, nomeadamente o consentimento em menores ou pessoas mentalmente debilitadas, ou seja, pessoas que careçam de capacidade para consentir a dádiva de um órgão. Esta insere-se nas questões éticas relativas ao contexto familiar.

Aquando da aprovação da transplantação e doação por dadores vivos, esta estava restringida aos familiares com um grau de parentesco até ao terceiro grau (Barcelos, 2009). A doação entre familiares é presentemente a mais facilitada, pois eticamente é na família que se constroem e fortalecem os laços afetivos, sendo segundo Sousa (2012), mais fácil obter os órgãos pelo princípio ético da gratuidade.

Na reflexão concretizada pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2012) na doação de órgãos e tecidos torna-se imprescindível que seja assegurada a qualidade e segurança destes devido ao seu carácter invasivo. Este comporta diversos riscos

como também defendido na Lei 36/2013 de 12 de Junho referente às Normas de Qualidade e Segurança dos Órgãos Humanos destinados à transplantação.

Prosseguindo de encontro ao princípio da autonomia e integridade, a doação de órgão entre familiares deve ser um gesto altruísta e honesto. No entanto, olhando transversalmente, poderão sempre surgir fatores que influenciaram a decisão dos familiares de modo a que estes sejam coagidos a tal o que não é considerado eticamente correto (Sousa, 2012; Barcelos, 2009). Segundo Barcelos (2009) as pressões familiares e as vinculações afetivas entre dador e receptor constituem parte dos fatores que poderão influenciar a decisão afetando profundamente o caráter voluntário de qualquer doação. Do ponto de vista ético, estes não são corretos uma vez que a pessoa deverá ter a liberdade de decisão sem qualquer influência extrínseca, respeitando-se o princípio da autonomia (CNECV, 2012).

Segundo Barcelos (2009), é também importante referir, outra das questões éticas impulsionadora de dúvidas. Note-se o caso específico dos menores e de pessoas mentalmente debilitadas que possuem uma menor autonomia e uma maior vulnerabilidade (CNECV, 2006).

A doação por arte de menores vivos constituiu um grande dilema ético recorrente da

tendência natural em tentar provocar o menor dano e sofrimento possível. Deste modo é importante frisar duas importantes questões éticas aqui destacadas: a salvaguarda do bem estar e integridade deste dador em causa e a sua capacidade de dar o seu consentimento para tomar decisões sem qualquer tipo de influencia. (Barcelos, 2009).

Este tipo de doação, de modo a conter a saúde dos dadores, é apenas permitida em casos excecionais em que não seja possível encontrar um dador cadáver ou vivo compatível, sendo pertinente confirmar a necessidade médica de o realizar com o interesse de salvaguardar os menor e a sua integridade (Barcelos, 2009; CNECV, 2006).

Este género dádiva não sendo permitida inicialmente gera controvérsia, uma vez que para os transplantes como o de medula óssea, em que são mais viáveis em pessoas da mesma faixa etária, seria essencial este procedimento (Barcelos, 2009; CNECV, 1993). Desta forma, foi concedida apenas permissão para a transplantação de órgãos regeneráveis apenas no caso de esta ser a única alternativa restante, e como referido anteriormente, se efetuada entre irmãos (CNECV, 1993). Deste modo são salvaguardados os direitos das crianças, mas também mantidas medidas terapêutica que até à data era inviáveis, contribuindo desta forma para a diminuição da morbilidade e mortalidade infantil e na adolescência (CNECV, 1993).

Outra questão de grande discussão é o consentimento por parte dos dadores em causa. Uma vez que estes são menores, os titulares da decisão serão os progenitores, sendo obrigação destes adotar a melhor opção para o seu filho dador. No entanto, segundo Sousa (2012) e também na Lei nº2/2001 referente à Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, não deverá ser menosprezada a palavra dos menores pois deve respeitar-se a sua autodeterminação, evitando a coação que possa surgir pela necessidade de transplantação. O mesmo se alarga a pessoas com distúrbios mentais, sendo que estas apenas podem doar com autorização e avaliação judicial (CNECV, 2006; Presidência da República, 2001).

De modo a antever situações em que os familiares diretos não sejam aptos para tomar decisões, o consentimento será decidido por uma equipa médica independente e distinta da equipa que acompanha a família, sendo que, como já referido, sempre que o menor seja capaz de compreender deverá ser informado e ter o direito de recusar a intervenção pois o respeito pela autonomia é um dever que deve ser cumprido (Resende, 2008; CNECV, 1993).

Deste modo é essencial valorizar a necessidade terapêutica da doação e transplante de órgãos, de modo a salvaguardar os interesses destas pessoas mais vulneráveis como é previsto na lei de proteção de menores, nº 147/19 de 1 de

Setembro e referido no artigo 20º da Lei 2/2001 referente à convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, “a título excecional e nas condições de proteção previstas na lei, a colheita de tecidos regeneráveis numa pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento poderá ser realizada” quando reunidas as condições já referidas (Presidência da República, 2001, p.29; CNECV, 1993)

Outras questões éticas que surgem com a doação e transplantação de órgãos a partir de dadores vivos estão relacionadas com os voluntários à dádiva sem qualquer relação de consanguinidade com os receptores. Devido à necessidade de aumentar o número de órgãos disponíveis, a dádiva dos mesmos foi ampliada a pessoas que não apenas os familiares diretos, com base de que a doação deve ser voluntária e honestamente altruísta (Sousa, 2012; Barcelos, 2009; CNECV, 2012).

Segundo o CNECV (2006), a dádiva de órgãos ou tecidos pode agora ser realizada por pessoas com maior proximidade ao doente, com uma maior ligação afetiva ou mesmo sem qualquer ligação a esta, sendo um dos maiores atos de altruísmo e solidariedade associados ao ato de doar. As pessoas sem qualquer ligação com o recetor, de acordo com o artigo 4º, da lei 22/2007 relativa à Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana, têm então garantido o seu anonimato quanto à dádiva, uma vez que apenas com o seu consentimento

será revelada a sua identidade, de modo a que seja respeitado o princípio da confidencialidade (Assembleia da República, 2007).

Infelizmente, nem sempre este é um gesto altruísta de mera beneficência para o receptor (Sousa, 2012). Surge então mais uma importante questão ética, relacionada com a comercialização e dádiva por coação de órgãos (CNECV, 2006).

De acordo com o CNECV (2006) isto acontece por falta de uma abordagem relativa às perspetivas éticas à população. Dentro de uma diversificada esfera de motivos Resende (2008) defende que estes poderão estar relacionados com a passagem de informação enviesada ou por carência de consciencialização. Barcelos acrescenta ainda o dador poderá ser influenciado por coação, chantagem ou mesmo por carência económica dando assim origem à comercialização ilícita de órgãos e tecidos. Em concordância com tudo o que já foi referido, o CNECV (2006) refere também ser falta de legislação específica tornando alguns países mais vulneráveis, o que afeta, inevitavelmente Portugal.

De modo a tentar corrigir a situação, Resende (2008) propõe que esta seja minimizada pelos profissionais de saúde que poderão partilhar a informação com a população da forma correta.

Numa perspetiva ética, este ato ilícito (segundo o capítulo VII da Lei 2/2001 referente à convenção sobre os Direitos do Homem e da

Biomedicina), deve obedecer ao princípio da gratuitidade, não devendo ser obtido qualquer tipo de lucro para além da saúde inculcida no recetor (Sousa, 2012; CNECV, 1993). Se assim for, um dos riscos acrescidos provenientes desta situação, remete-se às desigualdades e injustiças criadas pelas diferentes possibilidades económicas da população, deixando assim que estas influenciem a sua saúde (CNECV, 1993).

Um dador de órgãos deve fazê-lo pelo princípio ético da solidariedade ou de forma livre sem que seja explícita uma contrariedade e sem que o motivo se refira apenas a relações de dependência, afetivas ou relacionadas com contrapartidas que possam advir da doação (Sousa, 2012). O objetivo principal deverá ser prolongar ou melhorar a vida da outra pessoa, respeitando ao mesmo tempo a sua liberdade (Sousa, 2012).

Este ato, deve ser previamente compreendido em todas as suas vertentes e consequências, podendo apenas, ser efetuado quando haja um interesse terapêutico para o recetor (Sousa, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da evolução do tempo tem-se verificado um acentuado avanço biotecnológico que permite cada vez mais a realização de técnicas inovadoras, como o caso da Transplantação de órgãos. Com este progresso emergem também dilemas éticos sobre os quais

a sociedade procura encarecidamente dar resposta com base nos princípios éticos.

Com a elaboração deste artigo de revisão de literatura, enquanto estudantes de enfermagem, reconhecemos a importância de toda a envolvimento da doação e da transplantação de órgãos e tecidos. Com este procurámos realizar uma reflexão no qual explicitássemos os diversos argumentos a favor e contra a temática fundamentados ética e juridicamente.

Face ao exposto decidimos apresentar uma reflexão também quanto aos conteúdos descritos. Uma das principais problemáticas que existe na atualidade em relação à transplantação é a escassez de órgãos. Lamentavelmente este é um fator que influencia diversas vezes o processo de cura dos doentes por não existirem dadores suficientes face ao número de requerimentos terapêuticos. Esta mesma problemática, devido à maior procura, deu origem à extensão a doadores vivos, levantando diversas questões éticas.

Para melhor refletir sobre o tema, foi necessário repensar sobre estas questões, entre elas identificámos a importância do consentimento, na qual o grupo tem a opinião de que é essencial para que se possa prosseguir com uma possível doação, de modo a atribuir a dignidade e liberdade devida ao dador. Partilhamos da opinião de que uma doação de um tecido ou órgão sem consentimento, trata-

se de um desrespeito pelo princípio da autonomia e liberdade da pessoa. Ainda relativamente ao consentimento, mas em indivíduos incapazes de tomar tal decisão (como os menores ou pessoas com défices mentais), o grupo considera que esta poderá de facto ocorrer, desde que seja nos termos que vigoram na lei portuguesa. Na nossa opinião, este género de dádiva poderá ocorrer, desde que haja uma supervisão por entidades exteriores ao caso, que comprovem de facto que não existe qualquer tipo de coação, pressão ou intimidação, para que eles procedam com a doação, não desvalorizando também o fornecimento da informação a esse possível dador que pode sempre recusar-se à intervenção se assim o desejar.

Outra das principais questões que surgiu com ampliação da doação de órgãos a qualquer pessoa, é a hipótese de comercialização. Na nossa opinião, foi importante abranger na dádiva de órgãos a pessoas que tivessem uma ligação para além da consanguinidade, uma vez que permitiria fazer face à penúria de órgãos existente, através de um maior número de doações. Porém concordamos que com esta decisão, o risco de comercialização aumente, pelo facto de poder ser efetuada uma doação em que as pessoas não tenham qualquer tipo de laço afetivo, estando por detrás alguma forma de compensação extraíndo o carácter altruísta pela qual deve ser caracterizada a

doação. Apesar deste potencial problema, consideramos que com uma correta fiscalização por parte das autoridades responsáveis pela transplantação, tal poderá ser evitado, dando liberdade a que qualquer cidadão possa doar um tecido ou órgão de forma altruísta com base no princípio da solidariedade.

A realização deste artigo foi bastante vantajosa também uma vez que consideramos que foram desenvolvidos os objetivos previstos inicialmente. Enquanto estudantes foram incrementados conhecimentos relativos à doação transplantação, quanto à pessoa e à sua autonomia e direitos sob ponto de vista bioético (sendo estes essenciais). Foi necessária a reflexão e debate consoante os diversos autores para analisar a temática, o que nos permitiu o fortalecimento de conhecimentos e mesmo modificar algumas das nossas percepções. O Transplante e doação de órgãos foi uma temática que nos permitiu, analisar e refletir com uma perspectiva pluralista e transdisciplinar, analisando todas as vertentes, aspetos a favor e contra do tema.

Inicialmente, foram encontrados alguns aspetos dificultadores. A grande diversidade e quantidade de informação existente para comparar e analisar em adição à organização do pensamento relativo à problemática principal foi um dos principais problemas. Este originou também alguma dificuldade em estabelecer as questões éticas aqui presentes e que seriam por

nós abordadas. No entanto, após a organização estruturada do trabalho tornou-se mais fácil o desenvolvimento do mesmo.

Numa perspetiva futura, e segundo Barcelos (2009) devido à escassez face à constante procura de dadores visam-se então novas alternativas à transplantação em Portugal e no mundo. A utilização de órgãos artificiais, xenotransplante ou ainda a investigação das células tronculares fazem parte destas alternativas, que inevitavelmente implicaram novas questões éticas a ser discutidas. Sabemos então que enquanto estudantes e cidadãos, dar a conhecer esta problemática, esperando assim que haja uma necessidade premente da parte da população em conhecer mais relativamente ao assunto.

REFERÊNCIAS

Lei 36/2013 de 12 de Junho (2013). Normas de Qualidade e Segurança dos Órgãos Humanos destinados à transplantação - Diário da República, 1ª Série, nº112. Recuperado a 20 de Dezembro, 2013, de <http://dre.pt/pdf1sdip/2013/06/11200/0325803265.pdf>

Lei nº22/2007 de 29 de Junho (2007). Colheita E Transplante E Órgãos E Tecidos De Origem Humana – Diário da República, 1ª Série, nº124. Recuperado a 20 de Dezembro, 2013, de <http://dre.pt/pdf1s/2007/06/12400/41464150.pdf>

Decreto-Lei nº 1/2001, de 3 de Janeiro (2001). Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina:

Convenção Sobre os Direitos do Homem da Biomedicina – Presidência da República, 1ª Série A. Recuperado a 20 de Dezembro, 2013, de <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2006). Parecer 50/CNECV/2006 sobre Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Recuperado a 21 de Dezembro, 2013, de

http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273054241_P050_ParecerTransplantes.pdf

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1991-1993). Parecer 1/CNECV/93 sobre transplante de tecidos e órgãos (vol. I, pp.59-64) Recuperado a 20 de Dezembro, 2013, de http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059634_P001_TransplantesTecidosOrgaos.pdf

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2012) - Parecer Sobre o Regime Jurídico da Qualidade e Segurança Relativa à Dádiva, Colheita, Análise, Processamento, Preservação, Armazenamento, Distribuição e Aplicação de Órgãos de Origem Humana. Recuperado a 20 de Dezembro, 2013, de http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1348749141_Parecer%2065_2012%20CNECV.pdf

Neto, Luísa. (2008). Direito à Saúde, Bioética e Biomedicina. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Sessão Lecionada, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Portugal. Recuperado a 21 de Dezembro, 2013, de

<http://www.icjp.pt/sites/default/files/media/613-920.pdf>

Resende, M. (2008). Doação Presumida de Órgãos - Uma Questão de Autonomia. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto. Recuperado a 21 de Dezembro, 2013, de

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21969/2/Doao%20Presumida%20de%20rgos%20%20Uma%20Questao%20de%20Autonomia.pdf>

Barcelos, M. (2009). Integridade Da Pessoa: Fundamentação Ética Para A Doação De Órgãos E Tecidos Para Transplantação – Faculdade de Medicina de Lisboa. Recuperado a 21 de Dezembro, 2013, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1043/1/18238_ulsd_dep.17667re_MRDBarcelos_Integridade_da_Pessoa.pdf

SOUSA, Ana - Transplantes a partir de dadores vivos - Aspetos Jurídico – Penais. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Direito. Porto. 2012. Recuperado a 21 de Dezembro, 2013, de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9725/1/Transplantes%20a%20Partir%20de%20Dadores%20Vivos%20-%20Aspetos%20Jur%C3%ADdico%20-%20Penais.pdf>

Lei 57/78, de 9 de Março (1978). Declaração Universal dos Direitos do Homem. Diário da República, I Série A. Recuperado a 21 de Dezembro, 2013, de <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh.htm>

Estatuto do Embrião: O Início de Vida

Embryo Status: The Beginning of Life

*Inês Trinta Sequeiros,
Raquel Inês Martins Bento*

RESUMO

O Início da Vida Humana é cada vez mais um tema que apresenta uma grande discrepância na sociedade atual. Não só pela divergência de opiniões de diversos autores, como pelo facto de estar associado a questões problemáticas que surgem no sentido da análise do Estatuto do Embrião. Neste sentido, o presente artigo de revisão bibliográfica procura enquadrar diferentes opiniões sobre a temática do momento que dá início à vida humana, no que diz respeito ao embrião, bem como abordar princípios éticos relacionados com a Bioética e o Início de Vida, tendo em conta o Estatuto do Embrião e as implicações éticas do mesmo.

Palavras-chave: Bioética; Embrião; Início de Vida; Princípios Éticos.

The Beginning of Life is becoming a topic that presents a large discrepancy in the current society. Not only by the divergence of opinions of various authors, but also by being associated with problematic issues that arise towards the analysis of the embryo status. In this sense, this literature review article seeks not only frame different opinions on this topic that gives a start to human life, regarding the embryo, but also the principles related to bioethics and the beginning of life, taking into account the embryo status and the ethical implications of the same.

Key-words: Bioethics; Embryo; Ethical Principles; Life Start.

INTRODUÇÃO

No intuito de realizar uma análise contextualizada e uma revisão bibliográfica sobre a temática “Estatuto do Embrião: O Início de Vida” o presente artigo surge no sentido de desenvolver conhecimentos bem como treinar a

reflexão e o debate sobre os mesmos, com a finalidade de aumentar a capacidade para a tomada racional de decisão, no que diz respeito a problemas surgidos na prática de enfermagem tendo em conta uma perspetiva pluralista e transdisciplinar (Nunes, 2013).

Desde o tempo de Aristóteles que vários filósofos e cientistas tentam responder à pergunta “O que é a Vida?”. Cada vez mais no nosso quotidiano ouvimos falar em expressões como “manipulação genética” e “congelamento de embriões” que nos reportam novamente para o que é a vida e o momento que origina o início da mesma, sendo esta uma temática cada vez mais polémica na sociedade atual. As respostas que procuramos sobre o momento que dá origem a um indivíduo revelam-se importantes em várias questões, nomeadamente o aborto, se é ou não considerado crime, e também nas questões éticas associadas à manipulação de embriões humanos à procura de resoluções para algumas deficiências físicas e outras Patologias cada vez mais presentes na população (Barchifontaine, 2010).

Neste sentido, a escolha da temática do presente artigo prende-se pelo facto da crescente controvérsia nas opiniões de diferentes autores sobre o início de vida, e pela necessidade de esclarecimento da sociedade no que diz respeito à proteção moral e jurídica dada ao embrião humano em prol da sua natureza, para que todos os cidadãos possam ter uma ideia formada sobre o assunto.

O início de Vida: visão panorâmica

Um dos motivos para a escolha do tema do artigo prendeu-se pela discrepância no que diz

respeito ao momento que dá origem a vida humana. Neste sentido, é pertinente uma breve contextualização relativamente a opinião de vários autores.

De acordo com Filho (2009), vida humana é definida como “qualquer célula ou conjunto de células cujo património genético seja, na sua quase totalidade, de vida humana”. Na sua perspectiva existem 3 teorias que sustentam o início da vida: conceitual, evolutiva e relacional. Na perspectiva conceitual, a concepção é vista como o momento que determina o início de vida, uma vez que origina um ser humano enquanto pessoa, e onde o zigoto é considerado um potencial ser humano. A visão evolutiva defende que o conceito de vida humana é determinado por uma alteração corporal no embrião num momento específico da gestação. Por fim, a visão relacional afirma que é necessária a presença do zigoto e da aceitação da mulher para a possibilidade de ser mãe para que se dê o início de vida (Filho, 2009).

Já Barchifontaine (2010) afirma que existem 5 respostas da ciência relativamente ao momento que dá origem à vida, nomeadamente a visão genética, embriológica, neurológica, ecológica e por último a visão metabólica.

A visão genética, proposta mais aceite oficialmente pela Igreja Católica, afirma que a vida humana tem início com a fecundação, ou seja, quando o óvulo e o espermatozóide se

encontram e formam um novo conjunto genético que origina um ser único (Barchifontaine, 2010). Teles (2004) acrescenta que o embrião adquire identidade genética, e tendo em conta que o património genético pertence a uma espécie, o embrião humano deve ser considerado como um ser humano.

Quando falamos na visão embriológica, esta defende que a vida começa na terceira semana de gestação, onde é estabelecida a individualidade humana dado que 12 dias após a fecundação o embrião mostra capacidade de dividir-se e originar vários indivíduos. O recurso à pílula do dia seguinte e contraceptivos administrados nas duas primeiras semanas de gestação é sustentado por esta ideia (Barchifontaine, 2010).

Relativamente à visão Neurológica, esta diz-nos que “o princípio da morte vale para a vida” pois se a vida termina quando deixa de existir atividade cerebral, a vida começa quando o feto demonstra atividade cerebral, não sendo esta uma data consensual, situando-se entre a 8ª e a 20ª semana de gestação (Barchifontaine, 2010). A visão ecológica defende que a capacidade de sobreviver fora do útero é que dá ao feto a sua independência determinando assim o início da vida deste ser. Por último, a visão metabólica vê a discussão sobre o momento que origina a vida irrelevante dado que afirma que não existe um momento único no qual a vida tem início (Barchifontaine, 2010).

Do ponto de vista científico, quando ocorre a junção dos gâmetas, inicia-se a existência de uma nova vida, que se prevê o seu contínuo desenvolvimento até que a morte natural ou artificial aconteça (Ford, 1991 citado por Teles, 2004).

Para Neves (1996) a questão do início de vida é de competência biológica e filosófica não podendo pensar numa sem ter em consideração a outra. Na sua perspetiva, o início de vida tem origem quando se dá a junção do gâmetas feminino e masculino, reproduzindo uma nova vida humana.

Sustentando o que acima foi referido, Loureiro (2001) afirma que após o encontro dos gâmetas estamos na presença de um novo organismo contendo todo o património genético necessário e a capacidade de desenvolvimento através da multiplicação e diferenciação celular, ou seja, uma vida humana.

De acordo com Neves e Osswald (2007) o embrião é um ser humano numa fase bastante inicial do seu desenvolvimento. Os autores defendem que se tivermos em consideração o dia em que ocorreu a fecundação como o momento de início à vida, ao final da primeira semana de gestação o embrião já se encontra implantado no útero da mãe, e realiza trocas com o organismo da progenitora. Aos dois meses, quando passa a ser designado de feto, este apresenta todos os órgãos formados

apresentando uma forma que o permite ser identificado como espécie humana.

Quando falamos de um embrião humano in vitro, para Serrão (2003), este possui a natureza biológica humana desde a sua fase de zigoto, pois apresenta informação genética suficiente e necessária para a construção de qualquer outro ser. O mesmo ainda refere que apenas existe alteração da natureza biológica com a morte mostrando que ao longo do tempo de vida da pessoa esta se mantém inalterável.

Para terminar, e evocando Reis e Meneses (2010), é simples chegar a um consenso relativamente ao início da vida humana ter início com a fecundação, aqui a problemática prende-se com as primeiras fases de desenvolvimento do embrião, onde é importante perceber se este deve ter o mesmo tipo de proteção e respeito que o indivíduo humano. Para os autores, o embrião é considerado uma vida humana e como tal exige toda a proteção e respeito. Será assim o embrião considerado nos dias de hoje?

Bioética e o Início de Vida

A palavra bioética tem a sua origem na Grécia, estando dividida em dois termos, bio e ética. O termo bio provém de bios, de seu significado vida, que engloba todos os seres vivos, desde os mais simples aos mais complexos. Por sua vez, o termo ética deriva do grego ethos e apresenta-se com dois significados, nomeadamente o

princípio da ação, o que faz o homem agir, e as regras e normas a que determinada ação obedece (Neves & Osswald, 2007).

Hoje em dia, segundo Barchifontaine (2010), a bioética pode ser definida como um instrumento de reflexão e de ação que tem por base princípios éticos como o da autonomia, da beneficência e da justiça. É uma disciplina na área da Saúde que se preocupa em estabelecer um consenso entre a sociedade, cientistas, profissionais de saúde e governos com o intuito de assegurar às gerações futuras a dignidade humana e a qualidade de vida diante do desenvolvimento da biociência.

Desde os tempos de Aristóteles que uma das problemáticas no campo da bioética se prende com a questão do início de vida. Estabelecer o momento na qual esta se principia seria benéfico para a sociedade no sentido em que facilitaria a desmistificação e resolução de problemáticas, como é o caso do aborto, da procriação medicamente assistida (PMA) e da manipulação de embriões. A delimitação do início de vida tem por de trás vários conceitos como o da dignidade humana, já referido anteriormente, e também da pessoalidade, que torna este tema um trabalho conjunto entre as ciências biológicas e outros campos da ciência (Barchifontaine, 2010).

Segundo Deodato (2006), todos os assuntos relativos quer ao início quer ao fim de vida são aqueles em que o ser humano se encontra mais

vulnerável e com o avançar da ciência, têm sido alvo de intervenções humanas.

Neste sentido, reportando-nos à questão do início de vida, a realização de tais intervenções é da responsabilidade dos progenitores tendo em conta o seu declarado direito paternal (Deodato, 2006). Apesar disso, e tendo em conta que ter um filho é uma parte integrante da vida de um casal, se este se tornar obstinado por tal ideia, mostra que a relação que ambos vivem não é sustentada em si mesma mas em algo exterior a esta (Deodato, 2006).

Tendo em conta as palavras de Deodato (2006), e reportando-nos para o papel dos profissionais nesta situação, é importante que auxiliem o casal no sentido de que cada um entenda o seu papel no seio familiar, e que juntos consigam viver a sua relação a dois, procurando soluções que tenham em vista a felicidade da família onde a obsessão por um filho seja substituída pelo desejo real em constituir família. Se tal desejo for alcançado, os pais poderão assim pensar nos seus futuros filhos, não como elemento de união da família, mas sim como um elemento dessa mesma família.

No seguimento da intervenção dos profissionais, e após fornecida toda a informação aos pais, segundo Silva e Silva (2004), cabe aos mesmos usufruírem do seu princípio de autonomia com o intuito de decidirem quais as melhores soluções para os dilemas éticos que enfrentam.

Dado o avanço das tecnologias, e o período em que vivemos relativamente aos conhecimentos inerentes à vida intra-uterina, é importante ter em conta que existe uma maior possibilidade na proteção no que diz respeito aos direitos do embrião humano. Neste sentido, e tomando em consideração Silva e Silva (2004) todos os progressos referidos acima deveriam ter em consideração a defesa da vida humana, uma vez que a deteção antecipada de malformações graves do feto ou de doenças graves, provocam nos pais sentimentos de dúvida no que se refere a abortar ou não, não tomando em consideração o embrião e o direito à vida. No entanto, alguns problemas diagnosticados antecipadamente, dão a oportunidade à mãe, de ser encaminhada para ajuda diferenciada, por exemplo em casos em que exista risco de o bebé nascer prematuro.

O desenvolvimento de técnicas como a produção, manipulação, congelamento e proteção de embriões dizem respeito à resposta da ciência na resolução do problema de infertilidade que cada vez mais os casais têm que enfrentar. O facto de estes casais não poderem ter um filho levou a ciência a encontrar soluções através da PMA, o que exige à sociedade uma maior reflexão relativamente à problemática do início de vida, nomeadamente o estatuto do embrião (Deodato, 2006; Neves, 1996).

De acordo com Reis e Meneses (2010), o embrião é encarado como a primeira etapa da vida humana, sendo o mais pequeno cliente que os profissionais de saúde têm que cuidar, tornando-se crucial o conhecimento relativamente ao estatuto do embrião no que se reporta aos princípios éticos legais e deontológicos.

Estatuto do Embrião Humano

- Clarificação de conceitos

Antes de iniciar a análise do presente tema torna-se relevante esclarecer determinados conceitos que serão enunciados ao longo do presente artigo.

A palavra estatuto, segundo Loureiro (2001), é uma palavra de origem latina, que deriva de status, à qual são atribuídos vários sentidos, nomeadamente; posição, bom estado, estabilidade e base sólida. No presente artigo, consideramos que o conceito mais adequado seria o modo como um determinado ser ou entidade é tratado pela sociedade. Por sua vez, a palavra embrião deriva do grego *embryosendo*, definida como sendo o desenvolvimento humano durante os primeiros estádios de desenvolvimento, mais concretamente até ao final da sétima semana de gestação, passando posteriormente a designar-se por feto (Teles, 2004).

Posto isto, segundo Keating (1993), quando falamos de estatuto do embrião, remetemos o

nosso pensamento para os direitos e deveres que devemos ter com o embrião, bem como, para a posição que o mesmo assume aquando da sua formação. Para além disso, torna-se pertinente enunciar o fato de conceder, ou não, ao embrião o mesmo nível de proteção das pessoas em geral. Assim, quando falamos em estatuto do embrião humano, falamos do status do indivíduo concebido mas ainda não nascido, acrescenta Chorão (2005).

O embrião pode ser constituído de duas formas: in vivo no processo biológico de fecundação ou por transferência intratubar de gametas; ou in vitro, sendo transferido para o útero após a junção do óvulo com o espermatozóide (Serrão, 2003).

Relativamente à forma in vivo, após a fecundação, o óvulo passa a chamar-se de zigoto, sendo este portador dos caracteres hereditários de origem materna e paterna, e dirige-se para o útero começando simultaneamente o seu processo de divisão celular. Quando alcança o útero, já se encontra diferenciado numa massa celular interna e numa cama externa, o trofoblasto, que mais tarde vai originar a placenta, tendo esta origem embrionária. Assim, é gerado um novo genótipo humano, e o desenvolvimento a partir do zigoto, em embrião, feto e recém-nascido (Neves & Osswald, 2007; Filho, 2009).

De acordo com Loureiro (2001), os embriões in vitro fazem, cada vez mais, parte da realidade

atual, pelo que a temática referente ao estatuto do embrião tem tido mais enfoque, surgindo assim novos desafios relacionados com a experimentação e com a fonte de células estaminais.

Convém ainda clarificar que, também se poderá considerar um estágio de pré-embrião. O termo pré-embrião surgiu em 1985, num relatório sobre a experimentação em embriões humanos com menos de 14 dias de desenvolvimento, elaborado por Warnock. O relatório mencionado referiu a existência de diferenças moralmente significativas entre o conjunto de células antes e depois do 14º dia, sendo que o autor se baseou em critérios biológicos para evidenciar a distinção entre embrião e pré-embrião. De acordo com esses mesmos critérios, constata-se que poderá ser considerado um estágio de pré-embrião (até ao 14º dia), de embrião propriamente dito (do 14º dia à 8ª semana) e fetal (de desenvolvimento). Contudo, Filho (2009) refere que, se considerarmos o estado de pré-embrião favorecemos “as entidades e nações que justificam intervenções com pouca sustentação ética nesse primórdio do desenvolvimento humano”. Posto isto, no presente trabalho apenas daremos enfoque ao estágio de embrião e fetal.

Diferentes Perspetivas relativamente ao embrião

A vida humana, segundo Reis e Meneses (2010), “merece respeito, qualquer que seja o seu estágio ou fase, devido à sua dignidade essencial”. Os embriões têm a capacidade de se desenvolver de forma individual, pelo que, demonstram ter uma das principais características do ser humano, a individualidade, incluindo, assim, a capacidade de reconhecer e de se adaptar (Silva & Silva, 2004).

Neves e Osswald (2007) apresentam diferentes perspetivas de diferentes autores relativamente a este tema. Referem que alguns autores consideram que o embrião é apenas um “aglomerado de células, uma bola microscópica, destituída de dignidade e direitos, pelo que é ilícito fazer com ele o que nos apetece, se tiver alguma utilidade científica ou prática”, ou seja, consideram que o embrião ainda não é nada, permitindo assim que este sofra processos de manipulação e experimentação, como se tratasse de um simples objeto. Contudo, Neves e Osswald (2007) revelam que esta posição tem poucos adeptos dado que o embrião tem capacidade de divisão, crescimento e diferenciação, e não se trata apenas de uma “bola”.

Outros consideram que o embrião merece determinado respeito, pela sua potencialidade para se tornar num ser humano adulto. Contudo, consideram também que este respeito não deverá ser um respeito absoluto, visto que cerca de 30 a 60% dos embriões

morrem de forma natural nos primeiros dias da sua existência. Consideram igualmente o fato de cada embrião poder dar origem a dois seres, afirmando que deixa de existir individualização, e ainda, o fato de, muitos embriões serem formados por “acidente” e não por vontade própria dos seus progenitores, constituindo assim uma consequência da irresponsabilidade dos mesmos, não possuindo dignidade humana. (Neves & Osswald, 2007; Neves, 1996).

Por fim, existe ainda a opinião de que o embrião tem, desde o início, dignidade essencial, pelo que não pode ser destruído de forma voluntária. Os autores que apoiam esta opinião evidenciam ainda o fato de o embrião ter a impossibilidade de se defender de agressões, pelo que merece respeito absoluto (Neves & Osswald, 2007). Refletindo sobre este último pensamento, e relembrando os argumentos apresentados para a ideia da falta de respeito absoluto, podemos aferir que os mesmos seriam refutados, visto que apesar de os embriões serem frágeis no início de vida, e muitos deles chegarem a morrer, não deverão ser desvalorizados nem crucificados os que possivelmente irão sobreviver; relativamente ao fato de poderem surgir gémeos, a estes deveria ser reconhecido um respeito maior pelo surgimento de dois seres humanos em vez de apenas um; e por último, o fato de os embriões serem concebidos de forma accidental não deveria interferir nem retirar a dignidade ao

embrião, mas sim aos progenitores (Neves & Osswald, 2007).

Para além da exposição das diversas opiniões, torna-se fundamental ainda, evidenciar os pontos de vista biológico e ético-jurídico. Sob o ponto de vista biológico, Reis e Meneses (2010), referem que o embrião deve ser considerado como ser humano, não existindo qualquer razão para isso não acontecer. Os autores acrescentam ainda que o zigoto é o melhor ponto de partida para garantir a proteção de todos os seres humanos. No que toca ao ponto de vista ético-jurídico, Neves (1996) afirma que o embrião merece tanto respeito e proteção como a pessoa adulta desde a fecundação, ou seja, no estado de zigoto, visto pertencer à espécie humana e ter autonomia. O autor referido anteriormente realça ainda que, o zigoto deve ser considerado como pessoa pelo fato de ter potencial para tal e pela grande probabilidade de se vir a desenvolver e a exprimir.

Posto isto, o embrião merece ser respeitado em qualquer circunstância, e visto ser um ser da mesma espécie, o ser humano deve zelar por manter a igualdade, tendo assim a obrigação do respeito e da solidariedade que os seres humanos devem ter uns para com os outros (Filho, 2009).

Após tais afirmações poderá então surgir a questão apresentada por Loureiro (2009)

afirmada pelo Conselho Nacional de Ética Italiano: “o embrião é um de nós?”.

O Embrião é uma pessoa?

Neves (1996), depois de se debruçar sobre a questão levantada e enunciada anteriormente, refere que existem duas perspetivas relativamente à resposta da mesma. Uma delas, atribui o estatuto de pessoa a toda a vida humana desde a fecundação, como tal, é possível afirmar que, desde a concepção, existe um novo ser humano. O termo pessoa, para Neves (1996), define-se como sendo “ser humano capaz de consciência de si (e, por isso, simultaneamente, de consciência do mundo de um transcendente), de relacionamento (comunicação) e de participação na comunidade moral dos homens [...] Ser pessoa consiste num contínuo e infinito processo de realização de si, na criação de si próprio” (Neves, 1996). Indo ao encontro desta linha de pensamento, Chorão (2005) refere que a qualidade de pessoa não é mensurável, pois ou se é pessoa por natureza ou não se é, apenas as capacidades da pessoa são variáveis ao longo do ciclo vital. Este autor afirma que o embrião é uma pessoa, clarificando que o estatuto pessoal do ser humano se mantém desde o início até ao fim de vida, independentemente dos acidentes de ordem somática, psíquica e espiritual.

A perspetiva acima mencionada revela ser a mais apoiada, dado que vários autores

consideram que o embrião é uma pessoa desde a fecundação, visto que apresenta identidade genética, única e irrepetível na sua natureza (Reis & Meneses, 2010).

Em contrapartida, a outra perspetiva remete-se ao aparecimento de uma linha primitiva, aquando do processo de implantação, aproximadamente no décimo quarto dia, como atribuição do estatuto de pessoa (Neves, 1996). Expostas ambas as perspetivas, convém clarificar que a questão de considerar ou não o embrião como pessoa depende de cada um. Por exemplo, Neves e Osswald (2007) aferem que se o embrião é considerado uma pessoa tem de ter os mesmos direitos, incluindo o direito à vida; se não, não existe respeito absoluto e este pode ser manipulado ou destruído, caso os direitos de uma pessoa estejam a ser postos em causa. Contudo, esta questão ainda não se encontra totalmente clarificada segundo os mesmos autores.

Para finalizar, resta expor a resposta à questão enunciada pelo Conselho Nacional de Ética Italiano, apresentada por Reis e Meneses (2010), referindo que, “o comité chegou unanimemente a reconhecer o dever moral de tratar o embrião humano, desde a fecundação, segundo os critérios de respeito e tutela que se devem adotar em relação aos indivíduos humanos aos quais se atribui comumente a característica de pessoa”. Assim, o ser humano deve ser respeitado como pessoa desde o

momento de fertilização, sendo que o respeito pela pessoa humana é a base da dignidade humana (Nunes, 1995, citado por Reis & Meneses, 2010).

Protecção do embrião humano e perspectiva jurídica

Como já foi referido anteriormente, o embrião humano tem direitos fundamentais pelo que deverá ter protecção adequada dada a dignidade que lhe é intrínseca. De acordo com Reis e Meneses (2010), tais direitos não estão assegurados pela lei. Porém, encontram-se inerentes à natureza humana, sendo que as leis surgem com o intuito de preservá-los.

Relativamente ao quadro legislativo, os dois documentos que demonstram maior relevância em relação à questão do embrião são a Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Reis & Meneses, 2010). A Declaração Universal dos Direitos do Homem enuncia no artigo 3º que “todo o individuo tem direito à vida”, porém, Loureiro (2001) afirma que este artigo não permite tirar conclusões relativamente à vida intra-uterina. Quanto à Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, são de realçar os artigos 18º, nº1: “quando a pesquisa de embriões in vitro é admitida por lei, esta garantirá uma protecção adequada ao embrião”; e 18º, nº2: “a criação de embriões humanos com fins de investigação

é proibida”. Ambos os artigos remetem para a protecção do embrião, contudo, para Loureiro (2001), a noção de “protecção adequada” não se encontra bem esclarecida.

Pela relação com a presente temática, torna-se também importante fazer referência à Constituição da Republica Portuguesa e à Convenção Europeia dos Direitos do Homem. A Constituição da Republica Portuguesa, consagra no artigo 24º que “a vida humana é inviolável”, contudo, segundo Reis e Meneses (2010) este artigo não faz distinção sobre a natureza extra-uterina ou intra-uterina, o que nos distancia da protecção do embrião. Relativamente à Convenção Europeia dos Direitos do Homem, é reconhecido, no artigo 2º, nº1, que “o direito de qualquer pessoa à vida é protegido por lei”, deste modo seria reconhecido ao embrião o direito absoluto à vida, que não poderia ser limitador mas não explicita claramente a protecção para com o embrião, refere Loureiro (2001).

Por fim, torna-se relevante recorrer a um documento promovido pela Associação dos amigos das crianças (AMADE) e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), onde se faz referência aos direitos 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 da doença de particular gravidade,

e em seguida do feto, deve ser assegurado”. Deste modo, para Silva e Silva (2004), começam a ser salvaguardados o respeito pela dignidade do embrião.

O estatuto do embrião humano

A questão do estatuto do embrião, aos olhos de Serrão (2003), deixou de ser apenas retórica, dado que atualmente existem embriões constituídos fora do corpo humano, disponíveis em ambiente laboratorial, menos sensíveis à dignidade inerente a uma gestação de um ser humano no interior de outro ser humano.

Segundo Warnock (1998, citado por Teles, 2004) a questão relativamente ao estatuto do embrião seria simplificada se houvesse uma estimativa do estágio de desenvolvimento no qual o embrião deveria ser tratado com o mesmo respeito que se tem para com outro ser humano. Para Tristram Engelhardt Jr. (1986, citado por Teles, 2004) a vida humana não se inicia imediatamente aquando a fecundação, causando a enorme dificuldade da atribuição de estatuto moral aos zigotos, embriões e mesmo crianças, sendo que, para ser atribuído esse estatuto deve ser estimada a importância dessa vida para outras pessoas. Por sua vez, Keating (1998, citado por Teles, 2004) afirma que a consciência, a racionalidade e o sentido moral de que são os seres humanos é que lhe atribui determinado valor, e não o facto de pertencerem à espécie humana.

Reis e Meneses (2010) constataam que “o embrião humano necessita de um estatuto próprio, com tradução legal pois o ordenamento jurídico português nada reconhece à criança por nascer. Todavia o Estado reconhece valor à vida intra-uterina, pois podem-lhe ser atribuídos valores, como dinheiro, terras, casas [...] como herança daquele que há-de nascer”, ou seja, o embrião acaba por ser reconhecido como “sujeito”, podendo herdar, contudo, há um silêncio enorme relativamente a outros dos seus direitos. Desta forma, para os autores referidos anteriormente, a constituição do Estatuto Legal do Embrião humano é imprescindível, dada a elevada importância de um estatuto que ateste o direito à vida desde a fecundação, assim como, o respeito pela dignidade do embrião desde o momento de conceção. Para além disso, apesar de já ter sido mencionado anteriormente, convém reforçar novamente o facto de o reconhecimento do estatuto do embrião implica também efeitos a nível ético, legal e deontológico, visto que o embrião é a primeira etapa da vida humana, e como tal, as equipas de saúde assumem o dever, para com o mesmo, de uma prestação de cuidados de excelência (Reis & Meneses, 2010).

Outro aspeto a focar nesta temática, segundo Nunes (1995, citado por Reis & Meneses, 2010), é o facto de, “a atribuição de um estatuto do embrião humano pressupor que, a priori, tenha

sido feita uma profunda introspecção sobre o que é a vida humana, no plano biológico e no universo moral”.

Em Portugal, a ideia adotada pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), em 1997, relativamente ao respeito que se deve ter para com o embrião, revela: “o embrião não pode deixar de dar origem a um representante da espécie humana, e nunca desembocará num indivíduo de qualquer outra espécie [...] a vida humana merece respeito, qualquer que seja o seu estágio ou fase, devido à sua dignidade essencial. O embrião é, em qualquer fase e desde o início, o suporte físico e biológico indispensável ao desenvolvimento da pessoa humana e nele antecipamos aquilo que há-de vir a ser: não há pois, razões que nos levem a estabelecer uma escala de respeito” (Teles, 2004).

Como foi evidenciado anteriormente, a diversidade de opiniões relativamente ao estatuto do embrião humano, não permitiu ainda o aparecimento de uma resposta concreta sobre o assunto em apreço. Assim, o CNECV (citado por Reis & Meneses, 2010) refere que “tem aplicação, entretanto e sempre, o princípio ético que se estabelece ser gravemente ilícito atentar contra um entidade de que se dúvida, sim ou não, constitui um sujeito investido em plena dignidade humana”. Deste modo, pode-se deduzir que, embora ainda não tenha sido estabelecido o estatuto do

embrião humano, devemos respeitar o embrião pelo respeito que lhe é intrínseco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do artigo mostra a evidente discrepância de opiniões no que diz respeito ao momento preciso que dá origem ao início da vida humana. Porém, na sua maioria, os autores mencionados ao longo do artigo referem que o início de vida diz respeito ao momento em que se dá a concepção. No que diz respeito ao Embrião Humano, verificou-se que o mesmo deve ser considerado como um Ser Humano, o que nos reporta para questões como o respeito e dignidade humana que devemos ter sempre em conta, visto ser uma pessoa devendo este ser tratado como tal.

Tendo em conta todas as informações apresentadas ao longo do artigo é de constatar a importância da existência de um Estatuto do Embrião Humano, no sentido de proteger os seus direitos dado que a vida humana deve ser respeitada desde o início da vida e ao longo do seu desenvolvimento até à sua morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R., & Ruthes, V. (2010). A Polémica do Início da Vida: uma questão de perspectiva de interpretação. *Revista Pistis Praxis Teologia e Pastoral*, 2(1), 113-124;
- Barchifontaine, C. P. (2009). Bioética no Início da Vida. *Revista Pistis Praxis Teologia e Pastoral*, 2(1), 41-55;

Deodato, S. (2006). Ciência e Ética no início da vida. Cadernos da Bioética, (41).

Loureiro, J. (2001) Estatuto do embrião. In Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W; Renaud, M. (Eds.), Novos desafios à bioética. Porto: Porto Editora.

Neves, M. C, & Osswald, W. (2007). Bioética Simples. Lisboa: Editorial Verbo.

Neves, M. C. (1996) O Começo da vida humana. In Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W. (Eds.) Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 175 – 183;

Keating, B. (1993). Estatuto do embrião. In Hottois, G. & Parizeau, M. H. (Eds.) Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget.

Convenção Europeia dos direitos do homem (1950). Retrieved December 19, 2013 from <http://www.ccpj.pt/legisdata/LgConvencaoEuropeia/dosDireitosdoHomem.htm>;

Constituição da Republica Portuguesa (1976). Retrieved December 19, 2013 from <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>;

Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedicina (2001). Retrieved December 19, 2013 from http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/1-07-2001.pdf;

Declaração Universal dos direitos do homem (1948). Retrieved December 17, 2013 from http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/1_declaracao_universal_direitos_homem.pdf;

Chorão, M. (2005). Bioética, pessoa e direito (para uma recapitulação do estatuto do embrião humano). Retirado de: <http://www.ucp.pt/site/custom/template/ucptplminisite.asp?SSPAGEID=2212&lang=1&artigoID=3824>;

Filho, L. (2009). Estatuto ético do embrião humano. Revista Bioethicos, 225-234. Retirado de:

<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/71/225-234.pdf>;

Nunes, L. (2013). Guia Orientador de Ética II. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Retirado a 7 de Dezembro de 2013 de: <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=14543>;

Reis, A. M. & Meneses, R. (2010). Dignidade do embrião humano: da reflexão jurídica à ética. Revista Aletheia: Cuadernos Criticos, (1), 13-33. Retirado de: http://www.liberlex.com/archivos/embryo_dignity.pdf;

Serrão, D. (2003). Estatuto do Embrião. Bioética, 11(2), 109-116. Retirado de: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/183;

Silva, E., & Silva D. (2004). Direitos e Valores Fundamentais no Início da Vida Humana. Revista Millenium do Instituto Politécnico de Viseu, 30, 11-18. Retirado de: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/1.pdf>;

Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica (2011). Informação para autores: Submissão dos trabalhos. Revista Enfermagem Oncológica. Retirado de: http://www.speo.pt/speo/downloads/regras_submissao_artigos_revista.pdf;

Teles, N. (2004). O Estatuto do Embrião Humano: algumas considerações bioéticas. Revista Nascer e Crescer, XII(1), 53-56. Retirado de: <http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/marco2004/O%20Estatuto%20do%20Embrião.pdf>

Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos

- A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida

Bioethics and End of Life: Ethical Principles - The Intervention of the Nurse in the End of Life

Rúben Alexandre da Silva

Resumo

A morte é um acontecimento que perturba a vida das pessoas, representa o desconhecido. Lembramos a nossa finitude, sendo aquilo que, temos de mais certo na vida (Pacheco, 2006). Os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e a morte (Boemer et al, 1997). A Bioética, alicerçada no conhecimento biológico e ético, orienta a tomada de decisões na prática da assistência à saúde e nas situações decorrentes da evolução científica (Bouças, 2007). A Enfermagem, como cuidado ético, requer um agir que preserve a dignidade humana, que evite reduzir pessoas a um estatuto moral de objetos, sustentáculos de uma Bioética em Enfermagem (Bouças, 2007).

Objetivos: Contextualizar a morte na sociedade pós-moderna; o tipo de morte e seus critérios; Abordagem da Bioética e o Fim de Vida: Princípios Éticos e o Cuidar em Fim de Vida.

Conclusões: No cuidado ao doente em fim de vida, torna-se essencial que o Enfermeiro apoie-se em princípios éticos (Justiça, Beneficência-Maleficência, Autonomia) que orientam a sua tomada de decisão e simultaneamente, promova a qualidade de vida e a dignidade humana.

Palavras-chave: Morte; Bioética; Aspectos éticos; Cuidados de Enfermagem

Abstract

Death is an event that disrupts people's lives, to the extent that represents the unknown. We remind our finitude being what we have more certain in life (Pacheco, 2006). Technological advances have provided an power of intervention over life and death (Boemer et al, 1997). Bioethics, based on the biological and ethical knowledge, guides decision-making in the practice of health assistance and situations arising from scientific progress (Bouças, 2007). Nursing as ethical care requires an act to preserve human dignity, to avoid reducing people to a moral status of objects, supporters of a Bioethics in Nursing (Bouças, 2007).

Objectives: Contextualize death in postmodern society, the kind of death and criteria; Bioethics Approach and the End of Life: Ethical Principles and End of Life Care

Conclusions: In patient care in end of life, it is essential that the nurse support on ethical principles (Justice, Benefit-Maleficent, Autonomy) that guide their decision making and simultaneously promotes quality of life and human dignity.

Key-words: Death; Bioethics; Ethical Aspects; Nursing care

NOTA INTRODUTÓRIA

A morte é um fenómeno extremamente complexo: por um lado, parece estar sempre presente ao longo de toda a nossa vida; por outro, parece manter-se radicalmente ausente enquanto vivemos. A morte é-nos simultaneamente próxima e distante (Pacheco, 2002). Assim, a presença de morte nas nossas vidas é inegável: ela habita todos os nossos dias e frequenta todos os nossos espaços. Cerca-nos constantemente ao entrar nas nossas casas através do que vemos na televisão, ouvimos no rádio ou do lemos nas revistas e artigos (Pacheco, 2002). Consciencializamos-nos da sua realidade ao tomarmos conhecimento da morte de alguém notável, vemo-la próxima ao nos depararmos com acidentes e ambulâncias ou quando vamos a um funeral, sentimo-la entre nós ao sabermos que um amigo sofre de uma doença incurável ou ao ouvirmos falar da morte de uma pessoa conhecida (Pacheco, 2002). A Bioética refere-se ao comportamento ou conduta do Homem em relação à vida, designando-se por ética aplicada à vida, particularmente atenta e desperta para os princípios basilares que alicerçam o agir humano sem descurar uma função normativa que também lhe compete (Bouças, 2007).

A Bioética, no seu sentido mais genuíno, desprovido de adulterações, parece não ter surgido como uma ciência, mas como um

campo fecundo de diálogo entre as ciências da vida e as ciências humanas (Bouças, 2007). Nesta perspectiva, pode-se dizer que a Bioética possui um conhecimento complexo de natureza pragmática, orientado para a tomada de decisões na prática da assistência à saúde e em novas situações decorrentes da evolução do pensamento científico e da prática científica, nos diferentes contextos morais, que pode e deve ser aplicada a todas as facetas da vida humana (Bouças, 2007).

A morte é uma das facetas da vida e como tal, envolvida por um enorme progresso tecnológico e científico, tornou-se alvo de um conjunto de problemas éticos, sobre os quais, apenas a Bioética, alierçada de princípios éticos, poderá “tentar” dar resposta. A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento relativa ao cuidado humano, materializa-se no exercício profissional, essencialmente na prestação de cuidados às pessoas, às famílias, aos grupos e à comunidade (Deodato, 2010). Na ocorrência de um problema ético, por exemplo, a morte, o Enfermeiro necessita resolvê-lo, assumindo o seu dever profissional de agir. Deste modo, o enfermeiro procura a ação adequada para resolver o problema identificado, construindo uma decisão que se revele eticamente boa para a pessoa em causa. Pela decisão e pela ação o enfermeiro responde, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem (Deodato, 2010).

A Morte – A Sociedade Pós- Moderna

A Morte é sempre um acontecimento que perturba a vida das pessoas, na medida em que representa o desconhecido. Lembramos a nossa finitude e, além disso, é o que temos de mais certo na vida (Pacheco, 2006). De facto, a morte é a única certeza que temos na vida e, por mais que a tentemos afastar das mais variadas maneiras, ela estará sempre no final e, é a única meta do caminho que estamos a percorrer (Pacheco, 2006). O modo como a morte é encarada individual e socialmente difere entre diferentes culturas e tem variado ao longo do tempo. A morte, na baixa Idade Média, era um acontecimento com que se convivia naturalmente (Gonçalves, 2006, p.8). Numa época em que a esperança da vida era curta devido às duras condições de vida das populações, à insalubridade das habitações, à ausência de saneamento nas povoações e à ineficácia da medicina, a morte era uma ocorrência com que se convivia frequentemente (Gonçalves, 2006). Naquela altura considerava-se essencial que o moribundo conhecesse o seu destino para que se preparasse espiritualmente e tomasse as suas últimas disposições (Gonçalves, 2006). Esta advertência era descrita como o *nuncius mortis*, e era realizada por um médico, um familiar, um amigo ou até, e mais frequentemente, por um sacerdote (Gonçalves, 2006)

Esta entrada do sacerdote no quarto associou-se então a um fim próximo, que a morte estaria iminente, não sendo necessário dizer mais nada (Gonçalves, 2006). É verdade que esta advertência sempre foi considerada uma tarefa desagradável, não desejada, mas indispensável (Gonçalves, 2006)

A partir da segunda metade do séc XIX, a advertência começou a tornar-se mais difícil para as pessoas e começou a aparecer a noção de que havia de proteger o paciente do conhecimento de que o seu fim estava próximo (Gonçalves, 2006).

A sociedade pós-moderna com as novas condições de vida e de habitação, com a família nuclear reduzida em número, com o afastamento geográfico dos membros de uma mesma família, o isolamento em que se vive, a sociedade técnica, mecanizada e impessoal, fazem com que sobretudo nos grandes centros, mas cada vez mais nos meios rurais, se morra longe do meio familiar e, em geral, nos hospitais (Sapeta, 2011).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2012, cerca de 64% das mortes ocorreram em Estabelecimento Hospitalar enquanto 28% ocorreram no Domicílio (INE, 2012) . No ocidente e nesta era da pós-modernidade, inaugurou-se um novo paradigma de morte (Ariés et al., 1988 cit por Sapeta, 2011). A morte é medicalizada, com a crescente intervenção técnica, procurando adiá-

la o mais possível, em oposição ao modo tradicional (Sapeta, 2011). Philippe Ariés refere-se como a mudança da morte domesticada para a morte interdita, escondida, tornando-se este tema um tabu (Ariés, 1988 citado por Sapeta, 2011). A morte ao ser transferida para os hospitais deixou de ser vivida como um acontecimento social (Ariés et al., 1988; cit. por Sapeta, 2011), dessocializou-se.

Note-se a importância da sociedade neste processo, pois esta induz a uma vida ocupada, dedicada à aquisição de bens materiais em que o tempo se esgota numa correria desenfreada “de um lado para o outro”, em que há uma tendência para libertar o Homem das obrigações e “embaraços”, nomeadamente em relação aos familiares mais próximos (Frias, 2003). Assim, quando a pessoa se torna mais dependente, ou quando a sua morte está iminente, é entregue a organizações de solidariedade social ou a hospitais. A morte surge como entrave ao desenvolvimento rotineiro da vida e é encarada como uma punição, uma inconveniência ou uma injustiça (Frias, 2003). Por outro lado, como nos refere Gómez Sancho (1999) cit. por Sapeta (2011), vivemos numa “sociedade olímpica”, onde os meios de comunicação nos bombardeiam paulatinamente com estereótipos, imagens ideais da juventude eterna, de beleza e num apelo constante à maior acumulação de bens materiais, de fama e de poder, com pouco

tempo e disponibilidade para se pensar num assunto tão escabroso, como é a finitude e a morte. Note-se que este pensamento atormenta e amedronta as pessoas. O medo da morte é universal e está intimamente interligado com o instinto de conservação da vida (Gonçalves, 2006). Assim podemos considerar que vivemos num mundo moderno civilizado que procura, com veemência, levar à perfeição institucional a tendência para a repressão da morte, deslocando-a por completo chegando ao ponto de marginalizá-la da vida pública (Gadamer, 1993 cit. por Sapeta, 2011)

Conceito e Tipos de Morte

O termo morte é utilizado com diferentes conotações e sentidos. Metaforicamente, morte pode significar o fim, o desaparecimento. No seu sentido real, o termo morte é empregue de forma ambígua significando umas vezes morrer, outras estar morto e a morte no seu sentido correto (Gonçalves, 2006). Morrer assume-se como o processo que conduz a estar morto e que ocorre em vida (Gonçalves, 2006).

Estar morto é um estado que ocorre após a morte e, claramente, não faz parte da vida. Assim, a morte está entre o morrer e o estar morto, está no fim do morrer e no princípio do estar morto (Deliens et al, 2000 cit. por Gonçalves, 2006).

Na definição do conceito de morte, o que interessa não é determinar se todas as células

estão mortas, mas o ponto de não retorno (Gonçalves, 2006). Isto é, o que importa é determinar o ponto a partir do qual o processo se tornou irreversível independentemente dos meios que se possam empregar para o reverter. Este ponto significa também a morte, o fim, do organismo biológico como um sistema integrado de tecidos e células (Gonçalves, 2006).

O momento em que foi determinado este ponto é o momento de morte (Gonçalves, 2006).

Até ao final do século XIX, a determinação da morte baseava-se na paragem respiratória e, a partir daí, com a descoberta da circulação sanguínea e da auscultação, passou a basear-se na paragem cardíaca (Gonçalves, 2006). Contudo, com o aparecimento da reanimação cárdio-respiratória e o desenvolvimento das técnicas e dispositivos de suporte de vida, substituindo as funções dos pulmões e do coração, formaram-se situações em que a determinação da morte se tornou mais complicada (Gonçalves, 2006).

Com o aparecimento dos ventiladores e das unidades de cuidados intensivos nos anos 50 do século XX foi possível manter artificialmente a função cárdio-respiratória. Assim, alguns doentes com a função respiratória artificialmente mantida tinham perdido totalmente a função cerebral (Gonçalves, 2006). Note-se que a manutenção dos indivíduos, cuja função cerebral total se tinha perdido

definitivamente, elevava/originava alguns problemas legais, éticos, psicológicos e económicos (Gonçalves, 2006). Este processo era visto negativamente pelos profissionais e era caracterizado pela família como um processo que se arrastaria por tempo indeterminado com custo direto para os familiares (Gonçalves, 2006).

Como se poderia resolver esta situação? A única solução incidia em não associar-se a função cárdio-respiratória à definição de morte. E foi isso que se sucedeu.

Em 1968, a Comissão Ad Hoc da Harvard Medical School, propôs que fosse declarada a morte de um indivíduo em coma irreversível, antes de se desligarem os meios de suporte (Gonçalves, 2006). Coma irreversível foi descrito como um estado de não reatividade, sem movimento, respiração ou reflexos e um eletroencefalograma plano (Gonçalves, 2006). Portugal seguiu este caminho e em 1993, a Assembleia da República decreta a Lei nº12/93 de 22 de Abril, onde esta enuncia que “cabe à Ordem dos Médicos ouvindo o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a certificação da morte cerebral” (Artigo 12º - Lei nº12/93 de 22 de Abril). No dia 1 de Setembro de 1994, a Ordem dos Médicos definiu os

critérios de morte cerebral, dispondo estes em três tópicos: Condições Prévias, Regras de Semiologia e Metodologia.

As Condições Prévias definem o diagnóstico de morte, sendo elas: “1) - Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;. 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; 3) Ausência de respiração espontânea; 4) - Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

Nas Regras de Semiologia, é referido o conjunto de reflexos que, na sua ausência são um sinónimo de morte cerebral bem como a indicação da “realização de prova de apneia confirmativa da ausência da respiração espontânea”.

Por último, a Metodologia, onde é referido que se deve realizar “dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade” e “exames complementares de diagnóstico”. Esta execução de provas deve ser realizado “por dois médicos especialistas sendo que nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que

o doente esteja internado”. Outro ponto de vista sobre os tipos de morte é nos apresentado por Ramon Bayés (2001); Couceiro (2004); Barbero (2004) e Gómez Sancho (2005) (Sapeta, 2011). Como já foi referido anteriormente, cada vez mais se morre nos hospitais, longe da família, longe dos amigos, longe de tudo. Dentro dos hospitais a morte do doente e dado o seu isolamento, antes da morte fisiológica propriamente dita, a sua primeira morte é social (Sapeta, 2011).

Sapeta (2011) refere que existem 4 tipos de morte: social, psíquica, biológica e fisiológica. A morte social corresponde ao momento em que o doente é retirado do convívio dos outros, mesmo dos mais próximos, sendo encarado como se não existisse. O medo e a negação de morte, referidas anteriormente, levam a que todas as pessoas se afastem de quem está a morrer ou desconsiderem a pessoa na tomada de decisões (Sapeta, 2011). A segunda morte é a morte psíquica, em que a pessoa aceita a própria morte e se retira de si mesma (Sapeta, 2011). Esta é acompanhada de um inevitável enfraquecimento físico e a pessoa percebe que a morte está próxima (Sapeta, 2011). A terceira é a morte biológica em que o organismo como entidade humana não existe, o doente está em coma irreversível, o coração e os pulmões continuam em funções, mas o organismo entendido como corpo-mente está morto (Sapeta, 2011). A definição da morte biológica

vai de encontro aos critérios científicos estipulados para a certificação de uma morte cerebral. Por fim, a morte fisiológica, que corresponde à última e quarta fase em que se verifica a falência de todos os órgãos vitais (Sapeta, 2011).

Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos

O Homem, a Ciência e a Bioética apresentam-se como três realidades completamente distintas e, concomitantemente, tão próximas (Nogueira, Loureiro, & Silva, 2004). Completam-se, numa arriscada dinâmica de interligações, interdependências e relações, por vezes, conflituosas e dúbias (Nogueira et al, 2004).

Note-se que, ao longo das décadas, temos assistido a uma explosão científica, especialmente tecnológica, que abalou e perturbou o ritmo da vida humana bem como a capacidade de adaptação a esta terceira revolução comandada pela informática, pela robótica, pela telepática e a biotecnologia (Nogueira et al, 2004). O progresso realizado nos domínios, sobretudo, da biologia humana, elevou questões e formulou problemas éticos relacionados com a vida humana e as ciências da vida (Nogueira et al, 2004). Perante esta situação, isto é, com esta nova forma de pensar não só a ciência mas também a espécie humana, o meio científico necessitou do contributo da Bioética (Nogueira et al, 2004).

A história da Bioética é extremamente recente, tendo tido o início formal e institucional em 1970, quando o oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter introduz o neologismo “bioética”, primeiramente no artigo «Bioethics, the Science of Survival», e posteriormente em 1971, com um livro intitulado *Bioethics, Bridge of the Future* (Santos, 1996). . Potter estava particularmente preocupado com a responsabilidade da genética em melhorar a qualidade da vida humana (Santos, 1996). Serrão (2001) cit. por Nogueira et al. (2004), refere que segundo a proposta inicial de Potter, a bioética seria uma nova disciplina do conhecimento humano, na qual se cruzassem os conhecimentos sobre a natureza da vida e sobre a essência de todas as manifestações da vida. O bios contribuía com dados da biologia científica, estrutural e molecular, da genética, enquanto genoma e fisioma, e outros dados científicos que definem a vida como natureza. O ethos contribuía com os saberes específicos sobre as peculiaridades das diferentes formas de vida construídas com e sobre a natureza – a vida vegetal, a vida animal e a vida humana (Nogueira et al, 2004).

Esclarecido o conceito da «Bioética» e a razão do seu aparecimento, importa agora enunciar a pertinência da Bioética para o tema deste artigo, o Fim de Vida.

Atente-se à existência do enorme desenvolvimento das ciências básicas na

primeira metade deste século tendo permitido um conhecimento aprofundado das funções dos órgãos e criando condições para a sua substituição (Santos, 1996). Tornou-se possível construir instrumentos que podem exercer no organismo total ou parcialmente algumas das funções fundamentais para a manutenção do equilíbrio interno (Santos, 1996). Tal foi o que se passou com o aparelho respiratório, o aparelho circulatório e o aparelho excretor, cujas funções puderam, total ou parcialmente, substituídas por próteses (Archer et al, 1996). Estavam, de modo, criadas as condições para o advento de um conjunto de disciplinas médicas que se designam por Reanimação (Bernard, 1991 cit. por Santos, 1996). Por outro lado, os métodos de diagnóstico proporcionaram o conhecimento da presença das doenças em fases incipientes da sua evolução natural e facultaram métodos de avaliação das funções orgânicas e medidas de intervenção que podem permitir a correção nos estádios iniciais das doenças (Santos, 1996). Este conjunto de meios permitiu, em alguns dos casos, a interrupção ou o atraso do seu natural curso para a morte (Santos, 1996).

Assim, importa referir, que o conjunto de inovações técnico-científicas, supracitados, contribuíram para o surgimento de reflexões éticas por parte dos profissionais no que diz respeito às condutas frente a situações-dilema (Boemer et al, 1997). Tais situações denotam o

quanto os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e a morte, colocando o Homem perante novas responsabilidades (Boemer et al, 1997). Face a tal realidade, a Bioética em complementaridade com outras áreas do saber, incluindo a Enfermagem, propicia a contemplação das situações numa visão prismática (Boemer et al, 1997). A Bioética, segundo Pessini e Barchifontaine (1994) cit. por Boemer et al (1997), engloba questões que se referem ao início e ao fim de vida humana e outras intermediárias, como a morte, o processo morrer e o doente terminal.

Os temas referentes têm possibilitado discussões bastante polémicas e contraditórias por envolverem um tema tabu na nossa sociedade contemporânea - a morte (Boemer et al, 1997). Note-se que a determinação do momento da morte tem sido a base para a controvérsia na tomada de decisão acerca de questões relacionadas com a eutanásia, transplantes e intervenções em relação a doentes em fase terminal (Boemer et al, 1997). Estes domínios, colocaram um grande número de questões éticas, para as quais não existem respostas definitivas ou universalmente aceites (Santos, 1996).

O que me proponho a seguir é apresentar alguns princípios éticos que estão intimamente interligados com o Fim de Vida.

Invocando-se razões de incomodidade ou de insegurança dos outros doentes, as pessoas em situação terminal são algumas vezes colocadas em salas isoladas, frequentemente com menos instrumentos de vigilância e de intervenção (Santos,1996). As equipas terapêuticas fazem observações menos frequentes e quando as fazem estão menos tempo junto do doente, pensando alguns que melhor se serve o doente iludindo-o e iludindo-se sobre a proximidade da morte (Santos, 1996).

Um dos princípios inerentes a esta situação é o respeito pela Dignidade Humana. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, em 1999, realizou uma exposição sobre o conceito de dignidade humana. A sua análise foi feita em três níveis: filosófico, biológico e psicológico (Serrão, 2010). A nível filosófico, a dignidade humana é designada como “um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio. Isso quer dizer que a dignidade humana estaria baseada na própria natureza da espécie humana, a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento, na procura da realização de si própria” (Serrão, 2010). Na perspectiva psicológica, a dignidade humana é desenhada como uma descoberta que acontece na autoconsciência individual; é uma dignidade que se constrói, se ganha e perde, ao longo da

vida e de todas as experiências da vida. Vive-se com ela na família, na profissão e no relacionamento social (Serrão, 2010). Na perspectiva biológica, a dignidade humana, conceito abstrato, é expressa através do corpo humano como suporte de cada existência individual concreta. Mas a dignidade é-lhe anterior e não é o corpo biológico que constitui a sua justificação causal e determinante (Serrão, 2010). A pessoa não sente, mas irá sentir; não pensa mas irá pensar, não lê, nem escreve, mas irá ler e escrever, irá representar o mundo na sua cabeça, absorver toda a cultura exterior simbólica, viver nela e nela morrer (Serrão, 2010).

Definido o conceito de dignidade humana, uma questão que se coloca é se os doentes em fase terminal tem o direito a morrer com dignidade? Deodato (2006) refere que morrer com dignidade, considerando nomeadamente a componente do sofrimento, constitui desde logo, um direito individual legitimado pelo direito à vida. Considerando a morte como a última etapa da vida e só entendemos esta com a dignidade que lhe é inerente, então, até ao final, a vida humana realiza-se com dignidade (Deodato, 2006).

Segundo Serrão (2010), honrar a dignidade humana é fomentar uma cultura de respeito absoluto pela vida humana desde o seu início e até ao fim natural. Gostaria de finalizar esta abordagem referenciando Kant, cit por Serrão

(2010), com a sua célebre afirmação “O Homem, o ser humano, não tem preço, tem dignidade”.

Outro princípio ético que se encontra intrínseco a esta atitude, é a qualidade de vida. A qualidade de vida é muita das vezes confundida com uma vida sem problemas, sem obstáculos ou sem sofrimento. Na mesma sequência, surge a convicção que o sofrimento diminui a qualidade de vida, sendo incompatível com ela (Renaud, 2009). A dor física constitui um obstáculo à qualidade de vida no seu sentido mais imediato, mas numa situação de morte iminente ou previsível, muitas das vezes já não se pode eliminar o sofrimento (Renaud, 2009).

A questão que se coloca segundo Renaud (2009) é como se comporta a qualidade de vida diante da morte? A morte não abole a qualidade de vida, quando a vida se compreende na base do sentido global que só o fim de vida pode imprimir (Renaud, 2009). É assim que o fim de vida acarreta a possibilidade de uma reinterpretação global do sentido de existência, talvez já não feito pelo próprio ser humano, mas pelos familiares ou seus próximos (Renaud, 2009). A qualidade de vida é escolhida por cada um de nós, de acordo com os valores a que cada um de nós se consegue dedicar (Renaud, 2009). Esta dessemboca sempre na dimensão ética da existência (Renaud, 2009). O respeito pela Dignidade Humana encontra-se no

prolongamento do que foi descrito até aqui. Note-se que, o que não é digno, é uma vida que se cortou da possibilidade de viver de acordo com os valores que dão sentido à vida, isto é, é digno de ser vivido o sentido que dá valor à existência humana (Renaud, 2009). Pode-se assim afirmar que toda a vida merece ser vivida, porque a sua dignidade reside nos valores pessoais e intersubjetivos que a vida física permite (Renaud, 2009). Se não permitir? Segundo Renaud (2009), a resposta desenvolve-se em dois passos, por um lado, a vida física não se esgota no instante presente, ela abrange uma temporalidade, logo não se pode dizer que a partir de determinado momento, não vale a pena viver. Doutrarte, na medida, em que sou «as minhas relações», sou eu, não doente, que tenho a responsabilidade de não apagar uma vida que chega ao fim (Renaud, 2009). Nas situações de fim de vida, em que a morte se revela inevitável, a decisão de enfermagem não se funda cegamente no respeito pela vida. Respeitar a pessoa significa, sobretudo, respeitar a natural finitude da vida e passar ao cuidado paliativo, quando a morte se aproxima (Deodato, 2010). A intervenção escolhida não se isola para um campo terapêutico específico em que um objetivo particular poderia ser alcançado, mas procura um fundamento ético que tenha a pessoa como foco de proteção central. O respeito pela vida e qualidade de vida surge aqui no seu sentido metafísico levando a

que a decisão de enfermagem assegure que aquela pessoa em concreto termine serenamente a sua vida (Deodato, 2010).

Um dos princípios éticos relacionados ainda com esta atitude mas maioritariamente com o próprio doente terminal é a vulnerabilidade. A vulnerabilidade faz parte da nossa condição humana (Biscaia, 2006). Segundo Biscaia (2006) não se pode falar sobre Vulnerabilidade sem assumir plenamente essa característica natural da vida humana que nos faz enfrentar a nossa dependência dos outros, a nossa fragilidade, os nossos limites que estendem ao modo como somos capazes de aceitar a nossa própria morte (Biscaia, 2006). Segundo Michael Renaud cit. por Biscaia (2006), a “vulnerabilidade evoca o “vulnus” ferida; mas a ferida pelo menos de modo simbólico, evoca por sua vez a abertura sangrenta, dolorosa, sofrida. Ela faz parte do sofrer o qual aparece como a vertente ligada ao agir. Agir e sofrer, atividade e passividade, delineiam assim a estrutura de base da reflexão sobre a vulnerabilidade”. Note-se que cada acto implica sempre um condicionamento que o limita e lhe dá um carácter contingente, mostra a nossa fragilidade de que resulta um sofrer que participa de qualquer um dos nossos actos criados (Biscaia, 2006). Este sofrer vai ser capaz de nos tornar sensíveis à vulnerabilidade dos outros e concomitantemente, fazer parte dela, de modo a podermos compreendê-la e ajudá-la (Biscaia, 2006). Quanto ao doente em fim de

vida, torna-se importante perceber a importância da capacidade de abertura aos outros, que nos faz perceber aquele que é vulnerável e senti-lo como um outro eu possível (Biscaia, 2006). Deste modo, conseguiremos perceber os gestos e palavras do cuidar que lhe aliviam o sofrimento, mas simultaneamente, a nossa participação, pela sensibilidade do sofrer do outro, torna-nos mais vulneráveis a essa dor fazendo-nos penetrar como nos refere Michael Renaud «nessa terra desconhecida da vulnerabilidade» (Biscaia, 2006). A vulnerabilidade acaba por se refletir sobre todos os outros valores da Bioética, sendo um deles, a Autonomia, uma vez que esta é necessariamente limitada nos mais vulneráveis precisamente aqueles que mais necessitariam dela para se defenderem (Biscaia, 2006).

A capacidade de fazer escolhas autónomas é um aspeto essencial da ética em geral, nomeadamente, no que respeita as decisões relacionadas com os problemas do fim de vida (Gonçalves, 2006). A autonomia da pessoa é hoje aceite como um princípio ético basilar (Deodato, 2006). Note-se que a autonomia individual de cada pessoa encontra-se no autogoverno sobre si próprio, traduzido na liberdade de tomar decisões sobre si e sobre a sua vida (Deodato, 2006). Podemos concluir que, quando exercemos a nossa autonomia, não o fazemos para um fim qualquer, escolhemos com vista a um fim humano. Na

abordagem ética do tema da morte, a autonomia individual deve ser discutida tendo como pano de fundo o sentido da vida (Deodato, 2006).

Segundo Vasco Magalhães cit. por Deodato (2006), o sentido da vida reside na própria pessoa. Por outro lado, importa referir que o agir livremente no âmbito da autonomia individual consubstancia-se numa liberdade responsável. Os atos decididos livremente na consciência de cada um originam consequências para o próprio e para os outros, na medida das relações estabelecidas. Desta forma, o exercício da liberdade não ocorre de forma ilimitada, mas sim tendo em conta os limites impostos pela desumanidade das consequências que estes podem originar (Deodato, 2006).

Contextualizando ao doente em final de vida, atente-se que o princípio da autonomia deve-se se entender mais como referido às decisões do que às pessoas, uma vez que uma pessoa normalmente considerada «não autónoma» (inclui-se aqui, por muitos, os doentes em fim de vida) pode ser capaz de algumas pontuações autónomas, que devem ser respeitadas (Cabral, 1996). Na prática, o princípio de autonomia implica promover quanto possível comportamentos autónomos por parte dos pacientes, informando-os convenientemente, assegurando a correta compreensão da informação ministrada e a livre decisão (Cabral, 1996). A autonomia não se pode considerar um

princípio absoluto, mas pode ser legitimado por outros princípios como a Justiça (Cabral, 1996).

A Justiça é definida, no plano ético, como a finalidade de “uma vida boa, com e para com os outros, em instituições justas” (Nunes, 2006). Sob a expressão do Princípio da Justiça, e relacionando com o Doente em Fim de Vida, alguns autores têm discutido as exigências da justiça distributiva, as quais, no campo da Bioética dão origem a complicados problemas (Cabral, 1996). As questões que se têm colocado são: Tendo em conta a limitação ou escassez dos recursos disponíveis, como distribuí-los justamente? Existem características intrínsecas à pessoa que podem ser utilizadas como argumento para a abstenção ou suspensão do tratamento? O princípio da Justiça assenta num dever de justiça universal, isto é, dar a cada um o que lhe é devido e num dever de equidade (igualdade de resultados de resultados para grupos) (Thompson, Melia and Boyd). Aristóteles, afirmava que o princípio de justiça revela-se segundo o conceito de equidade levando o Enfermeiro a agir no sentido das suas necessidades (Deodato, 2010). Um juízo de equidade leva assim a um agir que se afasta da regra, que responde ao cuidado a que aquela pessoa tem direito naquelas circunstâncias concretas (Deodato, 2010). Vieira (2007) cit. por Deodato (2010), assenta o cuidado justo, como um cuidado determinado e

prestado com compaixão e solicitude, a um Outro que sofre.

Sobretudo, perante um sofrimento presente (exemplifique-se com o doente em fim de vida), a justiça concretiza-se através do cuidado presente em que a essência da relação de cuidado reside na humanidade dessa relação (Deodato, 2010). Agir com justiça, é hoje, atender ao que a pessoa precisa, na medida em que ela precisa, no tempo que ela precisa (Deodato, 2010).

A Obstinação Terapêutica e Abstenção ou Suspensão do Tratamento são duas atitudes claramente inadequadas face à situação do utente, isto é, em fim de vida (Santos, 1996). A Obstinação Terapêutica envolve meios extraordinários e desproporcionados ao benefício esperado (Santos, 1996). Os termos tratamento ordinário e extraordinário têm sido interpretados de vários modos através do tempo. Uma das mais vulgares é a de considerar ordinário como significando habitual e extraordinário como significando não habitual (Gonçalves, 2006). Outros critérios para distinguir tratamentos ordinários de extraordinários são: simples ou complexo, natural ou artificial, não invasivo ou invasivo, barato ou caro, de rotina ou heróico (Gonçalves, 2006). As definições são vagas e não permitem tomar decisões nas situações concretas, no entanto, torna-se importante referir que em casos com benefícios esperados

equivalentes, devemos optar pelos tratamentos simples, não invasivos e baratos em detrimento dos complexos, invasivos e caros (Gonçalves, 2006). Todavia, os elementos essenciais para a decisão devem ser os benefícios e os inconvenientes para o doente, o balanço entre estes, o desejo do doente e os recursos disponíveis (Gonçalves, 2006). O princípio ético inerente à Obstinação Terapêutica é o princípio da Futilidade e da Beneficência-Maleficiência, o qual abordarei mais à frente. A Futilidade dos tratamentos é desvelada etimologicamente pelo confronto entre fútil e útil, sendo, portanto, contraposto a útil (Loureiro, 2008). Uma ação considera-se como fútil se tem baixa probabilidade de atingir um objetivo ou como afirmaram Schneiderman e col. “a futilidade refere-se a uma expectativa de sucesso tão improvável que a sua exata probabilidade é muitas vezes incalculável (Gonçalves, 2006). Atente-se ao fato que a avaliação da futilidade de uma ação poder ser quantitativa ou qualitativa (Gonçalves, 2006). Por um lado, a avaliação quantitativa define a probabilidade de atingir o objetivo enquanto que a qualitativa define se vale a pena atingir esse objetivo (Gonçalves, 2006). Por outras palavras, a futilidade pode definir-se por dois critérios: a ausência da eficácia médica, julgado por pelo médico e ausência de sobrevivência com significado, julgado pelos valores pessoais do doente (Gonçalves, 2006). Um tratamento que

tem probabilidade tão baixa de ser bem sucedido, que muitas pessoas, o considerarão como não valendo o custo (Gonçalves, 2006). Alguns autores, entendem que só se devem considerar intervenções como fúteis aquelas que não produzam resultados ao menos em 1 em cada 100, enquanto que para outros se exigem 5 % (Loureiro, 2008). Muitos autores acreditam que não há consenso na definição da futilidade (Gonçalves, 2006). Importa referir que a probabilidade de êxito de uma determinada ação médica é difícil de determinar, podendo haver discordância entre os médicos. Doutrarte, pode haver discordância quanto à probabilidade abaixo da qual o tratamento pode ser considerado fútil (Gonçalves, 2006). Alpers and Lo (1995) cit. por Gonçalves (2006) sugerem que o conceito de futilidade não é aceitável porque tendo a aparência de ser objetivo, na verdade não o é e envolve julgamento sobre os valores. A decisão da ação ser certa ou errada no interesse do doente se deve determinar por consenso entre o médico, doente e a família e não por cálculo de probabilidade (Gonçalves, 2006). Para além de que, quanto ao benefício, devemos nos remeter aos valores do paciente (Loureiro, 2008).

A outra atitude fazia referência à Abstenção e Suspensão de Tratamentos. Muitos profissionais da saúde bem como familiares de doentes tendem a considerar que há uma diferença

importante entre não iniciar (abstenção) e interromper (suspensão) um tratamento (Gonçalves, 2006). Por parte destes, a suspensão do tratamento é associada a mais diretamente à morte do que a abstenção (que se associa frequentemente à evolução da doença) (Gonçalves, 2006). Avaliando esta distinção, podemos assumir que o mais importante não é não iniciar ou por sua vez, interromper um tratamento. O importante, mais uma vez, é saber se o tratamento é benéfico para o doente depois de avaliados os benefícios e os inconvenientes que esse tratamento pode acarretar (Gonçalves, 2006). O que acontece muitas vezes, é que a atitude correta, isto é, a que beneficia o doente, é interromper um tratamento que foi iniciado, mas que se revelou ineficaz ou deixou de fazer sentido por as condições se modificarem (Gonçalves, 2006).

Estamos perante o princípio da Beneficência e o da Não-Maleficência.

Começemos por abordar o princípio da Não-Maleficência. A exigência de não fazer mal a outrem não oferece especial dificuldade, também será claro que os males de que aqui se aborda são males não morais e, sobretudo, tratando-se de bioética, males corporais como a dor, doenças e até a morte (Cabral, 1996). Causar qualquer destes males ou danos a alguém, não é, em princípio, lícito, mas poderá sê-lo se houver razões justificativas (Cabral,

1996). Toda a problemática deste princípio reside na avaliação das razões justificativas dos males causados a terceiros (Cabral, 1996). É inegável que este princípio se encontra relacionado com o princípio da Beneficência, o qual abordarei mais a diante. Alguns autores referem que o Princípio da Não-Maleficiência parece mais vinculativo que o princípio da Beneficência (Cabral, 1996). Na verdade, a diferença não está na vinculação, mas sim na verificação das exigências concretas de cada um dos princípios: é mais fácil perceber que não há razões que o justifiquem, em determinadas circunstâncias, causar certo dano a alguém do que perceber que obrigação há-de fazer determinada pessoa em determinada situação (Cabral, 1996). O enfermeiro decide com base naquilo que não prejudica a pessoa ou que a posa afetar negativamente. A decisão procura que os efeitos da ação realizada não causem danos à pessoa, evitando assim o mal para ela (Deodato, 2010). Um efeito que prejudique a sua integridade física, que agrave o seu sofrimento que coloque em risco o seu bem-estar ou mesmo a sua vida. Consequências desta natureza não são boas para a pessoa em causa, como o não são para qualquer ser humano (Deodato, 2010)

Retomemos agora ao Princípio da Beneficência que assenta na obrigação de promover o bem, evitar e remover o mal (Cabral, 1996). Alguns autores referem-se a este, como pertencendo

essencialmente, à ponderação dos bens e males (benefícios e danos), o que alguns denominam o «princípio da utilidade» ou da «proporcionalidade» (Cabral, 1996). O bem traduz-se na garantia da vida, do bem-estar e alívio do sofrimento, dos seus direitos pessoais e no respeito pela dignidade da pessoa (Deodato, 2010). Procurar o bem para cada pessoa, significa agir no sentido da protecção de si, da sua vida e da sua humanidade através de cuidados que satisfazendo as necessidades específicas identificadas, tomam o todo holístico como foco da intervenção de enfermagem (Deodato, 2010).

Assim, o objetivo do cuidado decidido ultrapassa o curto domínio do imediato, para passar a uma finalidade mais ampla que contemple as diversas dimensões da pessoa, tendo em vista uma harmonia sistémica traduzida num bem-estar consigo e com os outros, o mais completa possível. Ou, este sentido de bem humano, significa a promoção de uma morte serena quando o fim da vida é inevitável (Deodato, 2010).

A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida

Glaser and Strauss (1968) cit. por Sapeta (2011) destacam que as necessidades dos cuidados dos doentes terminais exigem um entendimento da pessoa como um todo, para além dos cuidados do corpo, é necessário cuidar a mente, o espírito, ajudá-lo a mobilizar os seus recursos

internos e cuidar a família, com igual importância. O doente em fim de vida vive uma situação particular da saúde, de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a singularidade de se reportar ao seu fim (Sapeta, 2011). Os resultados terapêuticos pretendidos nesta etapa são maioritariamente fixados na busca do conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares (Sapeta, 2011). A intenção terapêutica não passa pela cura ou pela recuperação, mas antes por conferir dignidade, aceitar os limites e a morte com a maior tranquilidade e serenidade possíveis (Sapeta, 2011).

O Enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mantém uma relação mais “íntima” com o doente, não só por permanecer nos serviços de cuidados de saúde durante um período mais longo, mas também porque é ele, quem presta mais cuidados directos (Pacheco, 2002). Por conseguinte, o Enfermeiro é considerado como o “elo de ligação” entre o doente e a restante equipa de saúde (Pacheco, 2002). Uma das funções que tem sido atribuída ao Enfermeiro é a de “advogado do doente”, que aparece como tradução literal da expressão “patient’s advocate” (Pacheco, 2002).

De facto, o Enfermeiro, pelo tipo de relação que estabelece com o doente, é apontado por muitos como o elemento da equipa de saúde mais indicado para defender o doente, protegê-lo e ajudá-lo a manter a sua autonomia (Pacheco, 2002). Todavia, existem algumas pessoas que não concordam com esta “função”, umas porque declaram que o Enfermeiro não é a pessoa ideal para defender os interesses do doente, uma vez que, conhece geralmente o doente numa situação de dependência e de doença e portanto, pode dificultar a visão da pessoa como um todo (Pacheco, 2002). No entanto importa referir que o Enfermeiro pode ser “advogado” do doente e com isto, alivia ou reduz o medo, restabelece sentimentos de autonomia e de autocontrolo, acompanhamento e atenção, ajuda o doente a tomar decisões acerca da sua saúde e doença e ajuda ainda, na informação acerca dos seus direitos, assegurando que este compreendeu (Pacheco, 2002).

No acompanhamento do doente em fase de fim de vida, a atuação do Enfermeiro se deva, mais do que nunca, a cuidar do doente, baseando-se numa verdadeira relação de ajuda (Pacheco, 2002). Esta consiste em estabelecer uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança que permita o apoio e ajuda a quem deles necessita (Pacheco, 2002). A relação de ajuda com doentes em fase terminal de vida toma outro sentido, uma vez que não

existindo esta relação, todos os cuidados prestados ao doente perderão a sua eficácia, sendo que este precisa de se sentir acompanhado, compreendido e apoiado (Pacheco, 2002).

Assim, para além do conjunto de técnicas, existe também um conjunto de habilidades humanas que devem ser desenvolvidas de modo a prestar mais atenção à pessoa (Pacheco, 2002).

Uma delas é a capacidade de “escuta”, que sendo primordial na relação de ajuda, permite ao Enfermeiro utilizar todos os seus sentidos de modo a captar a experiência da outra pessoa e ainda em superar a tendência de responder imediatamente e propôr soluções (Pacheco, 2002). Escutar não se refere apenas ao uso da audição, mas também se remete ao olhar, a atenção à linguagem não verbal do doente, à proximidade física adequada e com a leitura do silêncio e a interpretação correcta de uma linguagem simbólica (Pacheco, 2002). Uma verdadeira escuta deve sempre permitir à pessoa expressar os seus sentimentos (Pacheco, 2002). Contudo, é importante não forçar a situação no sentido de levar a pessoa a falar sobre a morte (Pacheco, 2002).

Outra característica inerente à relação de ajuda no cuidado ao doente em fim de vida é a congruência. O Enfermeiro deve ser autêntico e verdadeiramente ele próprio, o que corresponde a viver e exprimir os seus próprios

sentimentos sem que existam diferenças entre a comunicação verbal e a não verbal (Pacheco, 2002). Assim, o Enfermeiro será provalvemente o exemplo para que o doente seja verdadeiro consigo mesmo, com o Enfermeiro e com os outros (Pacheco, 2002).

Note-se agora, que a Enfermagem tem-se desenvolvido em certos níveis, com realce para a compreensão da responsabilidade ética e deontológica dos Enfermeiros. A deontologia trata de um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social (Nunes, Amaral and Gonçalves, 2005).

Começemos pelo artigo basilar e “ético” do Código Deontológico, o artigo 78º onde se increve os princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores (Nunes et al, 2005). No nº1 do presente artigo é enunciado que “As intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. A dignidade humana, como já foi referido anteriormente, é um valor autónoma, inerente aos seres humanos, em virtude da sua personalidade (Nunes et al, 2005). Na perspectiva ética, a relação de quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios, e tem de estar de forma inequívoca, em todas as

decisões e intervenções, tal como afirma o nº1 do Artigo 78º (Nunes et al, 2005).

Respeitar a pessoa corresponde a ter em conta a sua dignidade, promovendo-a e defendendo-a. Um respeito que se dirige à vida e à sua valoração inequívoca, à promoção de modos de vida que se realizam com os outros, que defende a autonomia e o poder individual para encaminhar a sua vontade (Deodato, 2010). No nº2 do artigo 78º são enumerados os valores universais a utilizar na relação profissional. Gostaria de enumerar todos, no entanto, parece-me que alguns destes se encontram mais interligados ao tema “Fim de Vida” que os outros. Primeiro, é importante perceber que todos os homens nascem iguais em direitos e dignidade (Nunes, et al, 2005). O princípio da Universalidade acompanha esta igualdade fundamental, que se pode encontrar, também, na operacionalização de outros deveres, como o de “Cuidar da pessoa sem distinção” (Artigo 81º, a). O segundo valor que gostaria de abordar é o valor da liberdade responsável. A liberdade responsável articula duas noções: responsabilidade é uma das noções éticas fundamentais e é correlativa da liberdade, uma vez que só se pode ser responsável pelas acções que escolheu, voluntariamente, realizar (Nunes et al, 2005). Aqui, entronca a ideia de autonomia da conduta, já que agir eticamente é agir autonomamente (Nunes et al, 2005). O Enfermeiro, torna-se responsável pelas decisões

(de agir ou não agir), pelos actos (no sentido da acção ou da omissão) e pelas consequências (e a responsabilidade enquanto princípio orientador) (Nunes et al, 2005). Outro artigo relevante, no meu entender, para o Fim de Vida, é o artigo 82º que se intitula “Dos direitos à vida e à qualidade de vida”. A Declaração Universal dos Direitos do Homem declara no Artigo III que “Todo o homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. O enunciado do artigo afirma o direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital, independentemente dos momentos ou dos estádios em que se encontre (Nunes et al, 2005), sendo um dos exemplos, o Doente em Fim de Vida. Assim, na alínea a), considera que o Enfermeiro atribui “à vida de qualquer pessoa igual valor”, ou seja, indistintamente das características exteriores à sua humanidade (Nunes et al, 2005). O Enfermeiro deve assim “proteger e defender a vida humana, em todas as circunstâncias” (Nunes et al, 2005). As diversas filosofias, teorias e modelos de enfermagem ao considerarem a vida como dimensão essencial do cuidado abordam em simultâneo a promoção da vida e a garantia de uma morte digna. A defesa da vida nasce associada à defesa da dignidade da pessoa que experimenta a morte como etapa final da vida (Deodato, 2010).

Promover a vida, como nos indica Collière, implica a prestação de cuidados que suportem o

funcionamento do corpo e mantenham a pessoa em relação, no respeito pelo natural ciclo vital e na aceitação da doença que pode provocar a morte. A promoção da vida, neste sentido com que a enfermagem o tem construído, faz-se no respeito pela vida vivida pela pessoa e pelo seu curso natural do começo ao fim (Deodato, 2010).

Na alínea b), reitera-se o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, compreendendo-se a pessoa como um ser num contínuo processo de auto-realização pessoal e social, cujo valor não é susceptível de ser objetivado, realidade em que consiste a sua dignidade, conforme Parecer 11/CNECV/95 (Nunes et al, 2005). O reconhecimento da dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspectivados na sua indivisibilidade (Nunes et al, 2005).

Por último, torna-se essencial abordar o Artigo 87º - Do Respeito pelo Doente Terminal, prescrito no Código Deontológico do Enfermeiro. Este artigo refere-se aos deveres que o enfermeiro tem que ter com as pessoas em fase terminal.

Importa referir nesta etapa, o que é um doente em fase terminal. Considera-se como fase terminal a morte de uma pessoa que seja previsível, ou seja, que vá ocorrer num curto

espaço de tempo. Segundo Serrão um doente terminal é aquele para o qual não existe forma possível de adiar a morte através de meios quer científicos quer tecnológicos (Nunes et al, 2005). Uma pessoa em fase terminal apresenta um conjunto de reações emocionais perante a situação que está a enfrentar, sendo estas cinco, segundo Kubler-Ross, “a negação, a cólera, a negociação, a depressão e a aceitação” (Nunes et al, 2005).

O Enfermeiro tem assim como dever principal promover, no tempo que resta aos seus clientes, uma boa qualidade de vida, permitindo um acompanhamento especializado e um suporte eficaz quer a estes quer às suas famílias. Deve ainda preservar a dignidade dos clientes respeitando todas as regras impostas pela ética e pela deontologia como nos indica a alínea a)(Nunes et al, 2005) A alínea b) alerta para as diferentes formas de luto e de perda- a perda de quem se sente ser o sujeito no processo de conclusão do curso de vida e das múltiplas ligações criadas ao longo da sua história pessoal (Nunes et al, 2005). A alínea c) define como dever do Enfermeiro “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”, o que se relaciona com a qualidade humana dos procedimentos post-mortem, tanto imediatos (ao corpo) como posteriores (por exemplo, transporte para a casa mortuária) (Nunes et al, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é um facto a viver e como tal faz parte da vida. A vida e morte não se confundem, tornando-se evidente que nenhum de nós duvida que está vivo e que todos nós reconhecemos alguns sinais de morte, sinais de presença da morte num corpo então feito cadáver (Neves, 1968 cit.por Frias, 2003). Por natureza, o Homem é um ser vivo e é por a morte existir que ele é capaz de criar, de pensar e procurar um sentido para a vida (Frias, 2003). Não se pretende ir aprendendo a morrer mas antes de a ir interiorizando como uma realidade na vida a que cada Homem atribui um sentido em função da sua existência “determinando o que é a morte para a sua vida (...). A morte é assim interiorizada pelo Homem, torna-se imanente e assim, também humana” (Neves, 1968 cit por Frias, 2003).

A Bioética é uma nova abordagem de carácter pluridisciplinar que procura tomar decisões à luz dos valores éticos para uma gestão responsável da pessoa Humana, da sua vida e da sua morte no mundo em que os progressos técnicos permitem uma intervenção cada vez maior no biológico (Nogueira et al, 2004).

Assim, a Bioética surge como uma nova expressão do Humanismo, isto é, como uma nova modalidade de valorização e protecção do Humano (Nogueira et al, 2004).

Refletindo agora sobre os princípios que estão relacionados com o Fim de Vida importa concluir dois aspetos fundamentais:

- Fundamentar a decisão no princípio da justiça obriga a um juízo de ponderação entre a igualdade do padrão considerado adequado e a especificidade das necessidades da pessoa ao nosso cuidado. Um juízo ético na medida em que visa a proteção da pessoa e da sua dignidade, mais do que o cumprimento ou adaptação da regra (Deodato, 2010).

- Quanto ao princípio da Beneficência/Não Maleficiência, importa referir que o Enfermeiro e o seu sentido ético sobre a vida e a dignidade humana, permitem-lhe avaliar a situação real em que a pessoa se encontra e escolher as intervenções que lhe promovam o melhor conforto possível (Deodato, 2010). Relembremos a teoria do Conforto de Kolcaba, que constitui a principal finalidade de Enfermagem, podendo configurar um fim pretendido, que se sobrepõe a outros cuidados mais terapêuticos, como o que acontece no fim de vida (Deodato, 2010).

Termino, citando uma frase, que na minha opinião, deveria se encontrar inscrita na mente de cada um dos Enfermeiros que cuida um doente em fim de vida:

“Cuidar de significa também apreciar e amar, ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar. Cuidar de implica um compromisso que transcende a emoção e se traduz numa

ação que ultrapassa o domínio médico ou humanitário (lugares onde o termo cuidado é usado há muito). O cuidado pelos outros acrescenta-se à racionalidade para definir os comportamentos. Cuidar é o oposto da indiferença: implica comunicação e uma situação de parceria em que há dar e receber” (CIPQV, 1998 cit por Frias, 2003).

REFERÊNCIAS

Biscaia, J. (2006). Princípio – vulnerabilidade. Revista Portuguesa da Bioética: Cadernos de Bioética, nº42, 295-302

Boemer, M., Sampaio, M. (1997). O Exercício da Enfermagem em sua dimensão bioética. Rev.latinam.enfermagem, v.5, nº2, 33-38 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a05.pdf>

Bouças, I. (2007). Ensino e Aprendizagem da Bioética em Enfermagem: Perspectivas dos Estudantes (Dissertação para obtenção de grau de Mestre). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Cabral, R. (1996). Os Princípios de Autonomia, Beneficência, Não maleficiência e Justiça. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (Coordenação), Bioética (pp. 53-58). Lisboa- São Paulo: Editorial Verbo

Decreto-Lei nº12, de 22 de Abril de 1993 Diário da República nº 94/93, I Série. Lisboa, Portugal

Deodato, S. (2006) – Autonomia e Morte Revista Ordem dos Enfermeiros: VI Seminário do Conselho Juridicional. Nº48, p. 6-13. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf

Deodato, S. (2010). Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o Agir (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal

Frias, C. F. (2003) – A Aprendizagem do Cuidar e a Morte: Um desígnio do Enfermeiro em Formação. Loures, Portugal: Lusociência

Gonçalves, J. A. (2006) – A Boa Morte: Ética no fim da vida (Dissertação para Obtenção de Grau de Mestre em Bioética). Recuperado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20no%20fim%20da%20Vida.pdf>

Instituto Nacional de Estatística, I.P. - Portugal, (Óbitos por local do falecimento (residência do falecido), 2012)

Loureiro, J. (2008). Saúde no fim da vida: entre o amor, o saber e o direito II – Cuidados (s). Revista Portuguesa da Bioética: Cadernos de Bioética, nº4, 37-83

Nogueira, J., Loureiro, R., Silva, E. (2004) – Homem, A Ciência e a Bioética. Millenium – Revista do ISPV. Nº30, 19-26 Recuperado de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/2.pdf>

Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Portugal. Ordem dos Enfermeiros

Nunes, L. (2006). Justiça, Poder e Responsabilidade – Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem. Loures, Portugal: Lusociência

Pacheco, S. (2006) – A morte no ciclo vital: perspectiva da Enfermagem. Revista Ordem dos Enfermeiros: VI Seminário do Conselho Juridicional. Nº48, p31-34. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf

Renaud, I. (2009). A qualidade de vida – merece toda a vida ser vivida?. Revista Portuguesa da Bioética: Cadernos de Bioética, nº7, 81-94

Santos, A. (1996). A pessoa no estado terminal. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (Coordenação), Bioética (pp. 355-362). Lisboa- São Paulo: Editorial Verbo

Sapeta, P. (2011) – Cuidar em Fim de Vida: O processo de interação enfermeiro-doente. Loures, Portugal: Lusociência

Serrão, D. (2010). A dignidade humana no mundo pós-moderno. Revista Portuguesa da Bioética: Cadernos de Bioética, nº11, 191-199

Thompson, I; Melia, K. & Boyd, K. (2004). Ética em Enfermagem. Loures, Portugal: Lusodidacta