



FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade
trimestral

Ano XIII - N.º 44
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica

Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Informação aos autores

Regras de Publicação:
Revista N.º 42
2018
http://web.ess.ips.pt/Percurso/pdf/per_num_42.pdf

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

abril - junho 2019, nº 44

Percursos

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

Editorial	2
Edição de ADN- CRISPR-Cas9 e a Terapia Genética	
Estevam, Patrícia	3
Crise Económica e Cuidados de Saúde em Portugal	
Castro, Inês	8
O Mundo da Medicina Hiperbárica: uma perspetiva bioética	
Branco, Mafalda	12
Revisão bioética sobre a eutanásia	
Marçal, Inês; Cruz, João	21
Interrupção Voluntária da Gravidez: perspetiva bioética	
Pina, Ana Margarida; Morais, Susana	31



[foto chão cidade de viseu]

Editorial

Neste número, figuram cinco artigos, produzidos no âmbito de reflexão bioética.

Edição de ADN- CRISPR-Cas9 e a Terapia Genética, a partir do descobrimento da técnica CRISPR/Cas 9 que abriu importantes horizontes para a pesquisa científica. Os problemas éticos, jurídicos e sociais são enormes, e como tal é importante a reflexão sobre este tema tão atual.

Crise Económica e Cuidados de Saúde em Portugal reflecte sobre a situação de crise em Portugal, nomeadamente a partir do ano 2011, e a existência de ajustes orçamentais que conduziram à implementação de medidas austeras, na área da saúde inclusive, e que tiveram repercussões na acessibilidade das famílias aos serviços de saúde assim como na qualidade dos cuidados prestados.

O Mundo da Medicina Hiperbárica: uma perspetiva bioética aborda uma área específica, de aplicação terapêutica de O₂ a 100% com pressões elevadas, com efeitos bio fisiológicos e terapêuticos para o organismo humano. Surgem, no entanto, algumas questões relacionadas com o acesso, nomeadamente em termos de custos, e com os possíveis riscos associados, sendo fundamental corroborar estes aspetos com princípios éticos inerentes

Revisão Bioética sobre a Eutanásia pretende compreender as diferenças da aplicabilidade da

Eutanásia explorando os pontos de vista ético, deontológico, jurídico e processual. Abordam diferentes aspetos relacionados com a Eutanásia entre os quais, as tipologias, as motivações ou causas da solicitação da Eutanásia, os argumentos a favor e contra a Eutanásia relacionando com os princípios éticos incutidos.

Se para os autores "os motivos para desenvolver este artigo centram-se na capacidade de compreender os motivos da ambiguidade da Eutanásia e os princípios bioéticos envolvidos na tomada de decisão", o tema mantém a mais aguda atualidade.

Interrupção Voluntária da Gravidez: perspetiva bioética recorda que a IVG foi despenalizada em Portugal em 2007, permitindo que a mulher possa recorrer a este procedimento até às 10 semanas de gestação. Sendo um tema que levanta várias questões e sendo alvo de várias perspetivas, na leitura bioética vincam-se respeito pela autonomia e o valor da vida humana. Em Enfermagem torna-se um tema importante, visto que, para além de poder ser contra os valores/ideais pessoais de cada enfermeiro, os enfermeiros precisam de saber como devem agir perante uma situação de IVG.

Boas leituras!

Edição de ADN- CRISPR-Cas9 e a Terapia Genética

Editing DNA- CRISPR-Cas9 and Gene Therapy

Estevam, Patrícia Almeida *

* Estudante do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

O descobrimento da técnica CRISPR/Cas 9 de edição genética abre importantes horizontes para a pesquisa científica. A CRISPR/Cas 9 permite a modificação de qualquer organismo vivo, seja ele vegetal ou animal através de um processo que corresponde ao que seria a resposta de uma bactéria ao combater um vírus. Os problemas éticos, jurídicos e sociais que podem surgir com a aplicação em humanos são enormes, e como tal é importante a reflexão sobre este tema tão atual. As técnicas de edição de ADN podem ser aplicadas em duas linhagens distintas: a germinativa, que possibilita a alterações genéticas hereditárias, e a somática, que se baseia na correção ou melhoria do genoma de uma pessoa que possui alguma patologia genética. Atualmente a técnica de terapia germinativa é a mais controversa pondo em causa diversos princípios éticos como a dignidade humana, justiça, autonomia. Alguns autores defendem que a terapia genética pode ser utilizada quando se trata de doença, porém outros afirmam que os princípios éticos não suportam este tipo de prática.

Palavras-Chave: CRISPR/Cas9; Edição de ADN; Terapia Genética; Embriões

Abstrac

The discovery of the CRISPR / Cas 9 technique draws democratic advances for scientific research. CRISPR / Cas 9 allows the replacement of any living element, be it plant or animal through a process that is the positive response of a bacterium to a virus. Ethical, legal and social problems can arise with the application of their rights and are as important as the current ones. DNA editing techniques can be applied in some variants: a germinative, which allows for genetic changes, and the somatic, that apply to the correction or enhancement of the genome of a person with some genetic pathology. Currently a germinative-therapy technique is more controversial, with emphasis on principles such as human dignity, justice, autonomy. Some authors argue that clinical therapy may be useful when it comes to a disease, although others claim that ethical principles do not support this type of practice.

Key-Words: CRIPR/Cas9; DNA Editing; Genetic Therapy; Embryos

Considerações iniciais

O presente artigo de índole académica tem como principal objetivo a realização de uma Revisão Bibliográfica Crítica sobre a Edição de ADN Humano com um maior enfoque na edição de ADN em embriões com a técnica CRISPR/Cas9. Com a realização do presente artigo pretende-se a apropriação de conhecimentos acerca desta temática que permitam refletir sobre as questões bioéticas que possam ser levantadas pela mesma.

A edição de ADN é definida como um tipo de engenharia genética em que o ADN é inserido, eliminado ou substituído no genoma de um organismo utilizando enzimas do tipo nucleases, que são muitas vezes chamadas “tesouras moleculares” (Lacadena, 2017).

Estas, quebram as cadeias duplas de ADN e permitem que as mesmas sejam reparadas por união de extremos não homólogos ou por

reparação de extremos homólogos dando origem a mutações controladas (Lacadena, 2017).

O sistema CRISPR/Cas9 (clustered regularly short palindromic repeats) tem-se vindo a destacar devido à sua versatilidade e simplicidade de manuseamento em laboratório. O seu potencial terapêutico tem aumentado com o conhecimento cada vez mais pormenorizado dos seus mecanismos de atuação e das diferentes estratégias de modificação usadas para melhorar a especificidade e eficiência (Ramos, 2016).

A técnica CRISPR/Cas 9 permite a modificação de qualquer organismo vivo, seja ele vegetal ou animal através de um processo que corresponde ao que seria a resposta de uma bactéria ao combater um vírus (Gamboa-Bernal, 2016).

O CRISPR, procura a sequência alvo do gene, onde se pretende intervir, e junta-se à mesma por complementariedade. Posteriormente a nuclease Cas9, “corta” as cadeias de ADN da sequência que se pretende mudar. Estruturalmente a Cas9 contém 2 domínios enzimáticos independentes o HNH e o RuvC. Cada domínio é responsável pela clivagem de uma cadeia de ADN. O domínio HNH, estruturalmente mais simples, cliva a cadeia complementar de DNA, enquanto que o domínio RuvC, estruturalmente mais complexo, cliva a cadeia não complementar de DNA (Ramos, 2016).

No que diz respeito à edição de ADN esta pode ser realizada em várias terapias, sejam elas:

Terapia genética em linha germinal

Na terapia genética das células germinais a inserção dos genes é feita no zigoto, resultante da fecundação, ou então nas células germinais, o óvulo ou o espermatozóide. A introdução do gene irá fazer com que todas as células que se desenvolvam a partir dessa célula incluam esse gene como parte integrante do seu genoma, incluindo os próprios gametas dessa nova geração. Esta abordagem teoricamente seria a

mais eficiente, mas coloca sérias questões éticas, pois existe um conhecimento insuficiente do impacto e das consequências desta abordagem para as gerações futuras, o que faz com que esta seja a abordagem menos consensual (Pereira, 2015).

Esta abordagem é também a mais controversa pois invoca vários princípios éticos que não sustentam a terapiagenética germinativa.

Terapia genética em células somáticas

Na terapia genética das células somáticas, a inserção dos genes ocorre, como o nome indica, nas células somáticas, ou seja, células que não são gametas nem originam gametas e constituem a grande maioria das células presentes num organismo. Não ocorre transmissão dos genes inseridos às gerações futuras, mas sempre que uma célula na qual foi inserido o gene se divide, através da mitose, em duas, cada uma delas irá conter um gene funcional (Pereira, 2015).

A terapia genética somática torna-se menos controversa que as terapias germinais, uma vez que estas últimas implicam obstáculos éticos variados.

Edição de ADN em embriões humanos- perspetiva ética

A edição de ADN é muito controversa e levanta algumas questões bioéticas que devem ser abordadas. Em 2015, cientistas, e especialistas em ética reuniram-se em Washington na Academia Nacional de Ciências para a primeira cúpula internacional sobre edição de genes humanos, para discutir questões científicas, sociais e éticas em torno das aplicações humanas desta nova e poderosa ferramenta. Um dos resultados da reunião foi um pedido de uma moratória internacional voluntária sobre as aplicações reprodutivas da edição do genoma, até que houvesse “amplo consenso social” sobre quando é eticamente

aceitável fazer tais modificações hereditárias (Hurlbut, Jasanoff, & Saha, 2018).

Existem várias políticas em dezenas de países que concordaram que o desenvolvimento de terapias genéticas seguras e eficazes para pessoas doentes deveria ser fortemente apoiado e que a modificação genética em linha germinal, que põe em causa os direitos humanos fundamentais e a igualdade, deveria ser posto de lado. A Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina de 1997 do Conselho da Europa (a Convenção de Oviedo), proíbe as intervenções germinativas.

O artigo 12º da Convenção de Oviedo declara que “Não se poderá proceder a testes preditivos de doenças genéticas ou que permitam quer a identificação do indivíduo como portador de um gene responsável por uma doença quer a deteção de uma predisposição ou de uma suscetibilidade genética a uma doença, salvo para fins médicos ou de investigação médica e sem prejuízo de um aconselhamento genético apropriado.” (Diário da República, 2001) e que uma intervenção que tenha como objetivo uma modificação no genoma humano não é permitida a não ser que se realize por prevenção, diagnóstico ou razões terapêuticas justificadas ou desde que não provoque nenhuma mutação no genoma dos descendentes (Diário da República, 2001).

Ainda no artigo 2º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina afirma que “O interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência.”

A Constituição da República Portuguesa descreve que, no que diz respeito à criação, desenvolvimento e utilização de novas tecnologias e experimentos científicos, a dignidade pessoal e a identidade genética do Homem é garantida pela lei (Assembleia da República, 2005).

No Artigo 8º da Lei nº 12/2005 surge a ideia de que é proibida qualquer intervenção médica que

objetive a “manipulação genética de características consideradas normais, bem como a alteração da linha germinativa de uma pessoa.” (Diário da República, 2005).

Em 1982, o Conselho para a Responsabilidade Genética emitiu uma declaração sobre manipulação da linha germinal humana. Nela refere que não existe um ideal universalmente adotado de perfeição biológica. Produzir intencionalmente alterações nos genes das pessoas, que são transmissíveis às gerações seguintes supõe que, como sociedade distinguimos entre bons e maus genes. Toda a formulação de critérios será inevitavelmente o refúgio de preconceitos sociais do tempo. A definição de normas e as medidas tecnológicas admissíveis serão largamente definidas por grupos económica e socialmente privilegiados (Council for Responsible Genetics, 1982).

Um dos receios da modificação intencional do genoma humano, é o facto de se poder produzir indivíduos ou grupos inteiros dotados de características particulares e qualidades necessárias.

Habermas diz que a edição genética põe em causa aquilo que nos torna humanos, dando a ideia de que para além de fins terapêuticos, a edição de genes humanos permitiria a melhoria de espécies. Assim estas técnicas poriam ao dispor dos pais o poder de escolher como desejam os seus filhos (Habermas, 2002)

A UNESCO afirma que o genoma humano é a unidade fundamental do Homem. Sendo aquilo que o distingue, é considerada uma herança da humanidade (Gamboa-Bernal, 2016). Neste sentido, o genoma humano não deve ser alterado, e no que diz respeito a investigações do ADN humano, estas devem ser realizadas tendo em conta os direitos humanos e as normas éticas (Habermas, 2002). Acrescenta ainda, no artigo 11º que não deve ser permitida qualquer prática que

seja contrária à dignidade humana, e no artigo 12º que toda pessoa deve ter acesso aos progressos da biologia, da genética e da medicina em matéria de genoma humano, respeitando sua dignidade e seus direitos (UNESCO, 1997)

O Ditame de 24 de abril de 2003, do Comitê Internacional de Bioética da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura sobre diagnóstico pré-implantatório e as intervenções na linha germinal lembra que a correção de uma anomalia genética que seja específica nas células germinais ou nos embriões nas primeiras fases, não poderá ser realizada no quadro do exercício médico.

As dificuldades técnicas e as incertezas em relação aos efeitos prejudiciais para as gerações futuras fazem com que as intervenções sobre as células germinais devam ser fortemente desaconselhadas e ser objeto de interdição legal. (Bergel, 2017)

O Conselho para a Organização Internacional das Ciências Médicas, na Declaração de Inuyama de 1990 aconselhou que antes de tentar uma terapia genética germinal é necessário garantir uma perfeita segurança, na medida em que as modificações das células germinais podem afetar a descendência (Bergel, 2017).

O que permite a aceitação ou rejeição da edição de ADN é a ideia de doença. A manipulação do genoma é sustentada caso seja utilizada para prevenir ou curar doenças e não apoiada se se tratarem de desejos e caprichos do Homem (Bergel, 2017).

No que diz respeito à segurança, não é possível prever os riscos associados a esta técnica, sendo por isso muitas vezes invocado o princípio da precaução para desqualificar a aplicação de técnicas de engenharia genética. Este princípio baseia-se na existência de uma incerteza científica sobre os efeitos da aplicação de uma determinada técnica. Para alguns, essa

invocação constituiria razão suficiente para descartá-la. (CNECV, 2016)

Relativamente à linhagem germinativa, o consentimento informado é impossível de se obter, pois os indivíduos afetados pela edição de ADN são embriões (National Human Genome Research, 2017). Aqui está em causa o princípio da autonomia do ser humano.

Outro dos aspetos éticos mais preocupantes é a justiça. O uso de técnicas de edição do genoma humano levarão, se não forem reguladas de forma justa, a desigualdades individuais e sociais não apenas entre países que permitirem tais técnicas e os que eventualmente não permitirão, mas também internamente entre aqueles Estados que as utilizarem sem dar condições para que todas as pessoas que necessitem das técnicas possam ter acesso a elas. (National Human Genome Research, 2017)

John Harris e J. Savulescu, citado por Bergel (2017), consideram que o objetivo da melhoria do genoma humano, longe de ser egoísta e não ético, deve ser guiado pela aspiração de melhorarmos a nós mesmos e melhorar o mundo em que vivemos. Fazendo alusão ao princípio da beneficência.

Opinião Crítica

Sendo a edição de ADN um tema que abrange inúmeras questões bioéticas, é importante refletir sobre este tão revolucionário assunto. Por um lado, o conhecimento e utilização destas novas técnicas podem ser benéficas para o desenvolvimento da ciência e da área da saúde, no sentido de prevenir determinadas patologias graves. Por outro lado, pode trazer algumas preocupações derivadas do facto de não serem totalmente conhecidos os riscos para o ser humano a curto, médio e longo prazo, que se traduz numa insegurança na aplicação destas técnicas, quer em células germinais ou somáticas.

No caso da terapia genética em linha germinativa em embriões, considero que põe em causa princípios éticos como a autonomia pois estes não podem consentir tal intervenção que pode ter riscos para a sua vida. Mas tal como os pais podem, enquanto tutores legais dos seus filhos menores, tomar certas e determinadas decisões em prol dos filhos, porque não tomarem também esta decisão?

Apesar de todos os argumentos desfavoráveis à edição de ADN, existem certos aspetos que levam a outra perspetiva no sentido da beneficência das pessoas que devido a certas patologias graves, necessitariam desta intervenção para melhorar a sua vida. Mas seria imprescindível o estabelecimento de regras e limites na utilização desta técnica, e também de diretivas e políticas que tornassem este tratamento acessível a toda a população para que não houvesse iniquidade de tratamento.

Assim, considero que seja ainda necessária uma reflexão sobre este tema de modo a chegar a um consenso se tal for possível.

Considerações Finais

A edição de ADN é um tema bastante recente e controverso devido às questões bioéticas que levanta. Existem diferentes posições relativamente a esta técnica devido ao não conhecimento total dos riscos para o ser humano e para as gerações futuras no caso da terapia genética em linha germinativa, sendo a maioria das opiniões desfavorável para a mesma e existindo outros autores que apresentam algumas reservas e propõem a criação de alguns critérios de segurança.

Alguns autores defendem esta prática em casos de patologias graves no sentido de melhoria de qualidade de vida e bem-estar. No entanto pode ser também considerada um conjunto de técnicas que, neste momento, ainda carecem de alguma reflexão bioética e de possíveis diretivas

específicas relativamente a que tipos de terapias podem e devem ser, ou não ser, aplicadas.

Referências

- Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa (1976). VII Revisão Constitucional. (2005).
- Bergel, S. D. (2017). O impacto ético das novas tecnologias de edição genética. *Revista Bioética*.
- CNECV. (2016). *Autorização no Reino Unido de um projeto de investigação de edição de ADN em embriões humanos - posição do cnecv*.
- Council for Responsible Genetics . (1982). *Report of the IBC on pre- implantation genetic diagnosis and germ-line intervention*.
- Diário da República. (2001). Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.
- Diário da República. (2005). Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro - Informação genética pessoal e informação de saúde. .
- Gamboa-Bernal, G. (2016). La edición de genes a estudio: los problemas bioéticos que puede tener esta nueva tecnología. *Persona y Bioética*. doi:10.5294/pebi.2016.20.2.1
- Habermas, J. (2002). El futuro de la naturaleza humana. Hacia una eugenesia liberal? Barcelona: Ediciones Paidós.
- Hurlbut, J. B., Jasanoff, S., & Saha, K. (2018). O experimento chinês de edição de genes foi um ultraje. A comunidade científica compartilha a culpa. Obtido de Center for Genetics and Society.
- Lacadena, J.-R. (2017). Edición genómica: ciencia y ética. *Revista Iberoamericana de Bioética*. doi: 10.14422/rib.i03.y2017.004
- National Human Genome Research. (2017). Genome Editing. Obtido de <https://www.genome.gov/27569227/whats-happening-in-genome-editing-right-now/>
- Pereira, J. M. (2015). Terapia Genética: Métodos e Aplicações. Porto. Obtido de https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5149/1/PPG_14325.pdf
- Ramos, A. D. (2016). CRISPR/Cas9: uma ferramenta de edição genética para investigação e novasterapias. Coimbra. Obtido <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/42065/1/MONO-DAVID.pdf>
- UNESCO. (1997). Declaração sobre o Genoma Humano e Direitos Humanos

Crise Económica e Cuidados de Saúde em Portugal

Castro, Inês*

*Estudante do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo

Contextualização: A saúde é um direito universal consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, descrito como “tendencialmente gratuito”, garantido pelo Serviço Nacional de Saúde. Em situação de crise em Portugal, nomeadamente a partir do ano 2011, existiram ajustes orçamentais que conduziram à implementação de medidas austeras, na área da saúde inclusive, e que tiveram repercussões na acessibilidade das famílias aos serviços de saúde assim como na qualidade dos cuidados prestados.

Objetivo: Descrever as principais medidas implementadas na área da saúde e as suas consequências na população portuguesa e comparar com a situação atual do acesso aos cuidados de saúde e dos cuidados prestados.

Resultados: Foram implementadas diversas medidas em várias áreas de atuação dentro da área da Saúde, com repercussões para a saúde dos cidadãos.

Conclusão: O acesso aos cuidados de saúde não foi impedido, no entanto, foi dificultado e houve de facto uma menor adesão por parte dos cidadãos, por vários motivos, principalmente por motivos financeiros.

Palavras-chave: Crise Económica; Cuidados de Saúde; Acessibilidade; Equidade; Serviço Nacional de Saúde

Abstract

Contextualization: Health is a universal right enshrined in Article 64 of the Constitution of the Portuguese Republic, described as "tendentially free", guaranteed by the National Health Service. In a crisis situation in Portugal, namely from 2011, there were budgetary adjustments that led to the implementation of austere measures in the area of health, which had repercussions on the accessibility of families to health services as well as the quality of care provided.

Objective: To describe the main measures implemented in the health area and their consequences in the Portuguese population and compare them with the current situation of access to health care and care.

Results: Several measures were implemented in several areas of action within the Health area, with repercussions for the health of citizens.

Conclusion: Access to health care was not prevented, however, was made more difficult and there was in fact a lower level of public support for various reasons, mainly for financial reasons.

Keywords: Economic Crisis; Health care; Accessibility; Equity; National Health Service

Introdução

A crise económica define-se por uma mudança no sistema económico de um país num momento com recursos limitados, ou seja, num momento de escassez recursos.

A acessibilidade aos cuidados de saúde é um direito que deve ser garantido através da equidade,

ou seja, cada cidadão deverá ter acesso aos cuidados de saúde de igual forma de acordo com as suas necessidades, seja a nível financeiro, geográfico ou social.

A equidade em saúde define-se por ser a inexistência de diferenças entre cidadãos de vários grupos em termos de acesso à saúde. A crise

económica influência o acesso de cada cidadão aos cuidados de saúde.

No presente artigo está descrita a crise económica com repercussões nos cuidados de saúde em 2014, os dados atuais do Serviço Nacional de Saúde e a reflexão ética associada a este tema, centrada na acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Enquadramento Geral

Crise económica em Portugal

A crise económica foi consequência de uma série de eventos infortunos e de más decisões a nível mundial, iniciada pela falência de um banco influente nos Estados Unidos da América e com consequências para todo o mundo.

Em Portugal, os investimentos de grande valor e o consumo excessivo de bens estimulados e financiados facilmente pelos bancos sem retorno, geraram uma estagnação do dinheiro das instituições financeiras nacionais e, por conseguinte, várias insolvências, ou seja, os negócios que não declararam falência tornaram-se menos lucrativos.

Esta crise teve influências diretas na receita do Estado, na medida em que este realizou vários investimentos financeiros em bancos nacionais, que teve de dar resposta implementando medidas que reduzissem as despesas, principalmente as despesas do setor público, cujo conjunto designava-se “Programa de Estabilidade e Crescimento”. (Santos, 2014)

Em 2011, Portugal recorreu à ajuda financeira internacional a 3 credores internacionais, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Central Europeu (BCE) e a Comissão Europeia (CE), que formam o grupo “Troika”.

Este grupo impôs a Portugal medidas de austeridade, descritas em dois memorandos, sendo que o principal é o Memorando de Entendimento

(Mde) com o objetivo da redução de despesas e aumento das receitas do Estado, em todas as áreas de intervenção, incluindo a área da Saúde.

Consequências nos Cuidados de Saúde

Segundo a Constituição da República Portuguesa, todos os cidadãos têm direito de acesso a cuidados de saúde, sendo assim um direito fundamental de carácter universal. Ao ser um direito fundamental, o Estado português tem o dever de o providenciar aos seus cidadãos gratuitamente, no entanto é tendencialmente gratuito, na medida em que os cidadãos com mais de 18 anos estão obrigados ao pagamento de taxas moderadoras de acordo com os cuidados que a si foram prestados.

Os memorandos redigidos pelo grupo “Troika” juntamente com o governo português foram direcionados para a redução e a reestruturação de inúmeras áreas, como o financiamento, a prescrição e monitorização, a redução de recursos humanos, entre outras.

Dentro das áreas que deveriam ser intervencionadas, surgiram algumas medidas como o aumento das taxas moderadoras em determinados serviços, a revisão das isenções (reduzindo a abrangência dos critérios considerados para a isenção), o aumento da prescrição de medicamentos genéricos ou de marcas menos dispendiosas, a criação de normas orientadoras para a prescrição de medicamentos e de exames complementares de diagnóstico, a racionalização dos serviços a nível de recursos humanos, a revisão das remunerações dos profissionais, a maior flexibilidade dos horários de trabalho, a racionalização das instituições que prestam os mesmo serviços e especialidades, o aumento do número máximo de pacientes por médico de família e promover a mobilidade dos profissionais dentre das ARS. (Moreira, 2016)

No entanto, apesar da sua importância e da necessidade da redução de custos, as medidas propostas não foram totalmente cumpridas pois o tempo de aplicação foi reduzido, ou seja, seria necessário mais tempo e mais controlo para que estas se traduzissem em resultados positivos.

Segundo Santos (2014), as medidas de austeridade acima descritas condicionaram negativamente os cuidados de saúde, na medida em que a procura dos cidadãos diminui, por não conseguirem pagar as taxas associadas à prestação de cuidados, assim como não terem possibilidade de adquirir medicamentos mais dispendiosos ou vários, no caso da polimedicação.

Situação Atual dos Cuidados de Saúde

Segundo o Ministério da Saúde (2018), a saúde em Portugal sofreu uma evolução positiva, sobretudo no setor público.

Nos Cuidados de Saúde Primários, em 2016 foi realizada a reorganização, com o reforço e a expansão da rede, que resultou na melhoria da qualidade e do acesso. Foi criado o enfermeiro de família, com resultados visíveis na promoção de saúde e prevenção da doença, e aproximadamente 93% dos portugueses têm médico de família atribuído, um número nunca antes atingido e que comparado com 2011, com uma percentagem de 83,70% revela uma evolução muito positiva.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi também alvo de grandes alterações, com um aumento do número de lugares de internamento, sendo que em 2011 existiam 5595 e neste momento existem 8770 lugares. No entanto, apesar do aumento significativo, ainda exist muita procura que o Serviço Nacional de Saúde não consegue dar resposta.

Em Fevereiro de 2018, estavam empregados no Serviço Nacional de Saúde cerca de 134 000 profissionais, com um aumento de 10 000 em

relação a 2014. Um maior número de profissionais traduz-se num maior acompanhamento, e consequentemente, numa melhor qualidade, no entanto, estes números não são os ideais pois existem ainda muitas falhas a nível de recursos humanos.

O financiamento do Serviço Nacional de Saúde para o ano de 2018 constituiu o valor mais elevado dos últimos 7 anos. Aliado a isto está a consolidação das medidas do aumento da eficiência, como o aumento da produtividade dos recursos humanos e a restrição de despesas em medicamentos e meios complementares de diagnóstico. Este aumento progressivo do financiamento faz parte do investimento contínuo que se tem vindo a efetuar no Serviço Nacional de Saúde.

Em abril de 2018, a OMS publicou um relatório acerca da saúde em Portugal, denominado “Health System Review – Portugal”, que refere que a combinação da crise financeira com a baixa natalidade e um padrão de imigração desadequado, trazem para Portugal sérios desafios na área da saúde. Apesar do pico da crise financeira ter passado, existem muitas consequências da mesma que deixam os serviços de saúde a desejar, no que toca a equipamentos datados e a falta de recursos humanos.

O relatório refere ainda que Portugal desenvolve bons planos de saúde, bem estruturados, no entanto, falha na sua aplicação a nível nacional, regional e local, sendo que para atingir bons níveis de saúde, equiparados aos restantes países europeus desenvolvidos, será necessário reforçar o sistema de saúde, atualizar os profissionais de saúde assim como as suas condições de trabalho, não esquecendo a monitorização contínua dos progressos e das falhas. (Organização Mundial de Saúde, 2018)

Reflexão

Como referido anteriormente, o acesso a cuidados de Saúde é um direito fundamental e universal que deve ser garantido pelo Estado, tendencialmente gratuito e acessível a todos os cidadãos.

A acessibilidade aos cuidados de saúde deverá ser equitativa, em que todas as necessidades do cidadão são tidas em conta. Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015), existem 5 dimensões que condicionam o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde: a disponibilidade, os custos, a proximidade, a qualidade e a aceitação.

A crise económica teve consequências graves tanto para as instituições públicas, principalmente, como para os cidadãos. Os cidadãos portugueses tinham menos poder de compra, o que, paralelamente com o aumento de taxas moderadoras, resultou numa diminuição de 40%, entre 2011 e 2014, de idas às urgências hospitalares. Isto determina, então, que o acesso esteve condicionado a alguns cidadãos.

Assim sendo, seria necessário, antes de implementar quaisquer medidas, austeras ou não, avaliar do ponto de vista ético a sua implicação no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. (Santos, 2014) Esta implementação de medidas sem avaliação prévia, nem monitorização continua, poderia ter resultado na violação de um direito fundamental consagrado na Constituição da República Portuguesa e na regressão da saúde da população portuguesa. (Moreira, 2016)

Conclusão

A legislação em vigor não pode ser violada, assim sendo, foram sempre prestados serviços, mesmo que serviços mínimos.

Segundo Moreira (2016), o acesso aos cuidados de saúde não foi interdito, mas sim dificultados, por todas as questões anteriormente descritas.

Existem, ainda, muitas alterações a serem feitas no Serviço Nacional de Saúde, para que este chegue a todos de igual maneira, no entanto, desde o período de maior crise económica existiu uma evolução notória a nível da qualidade e do acesso aos cuidados de saúde.

A área da saúde é um dos sectores que necessita de mais financiamento dentro do setor público, pela sua importância e portanto, é necessário assumir a saúde não como um encargo mas como bem precioso, e avaliar as consequências para a saúde dos cidadãos em vez de fazer uma mera redução de despesas.

Referências

- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Portugal.
- Moreira, I. (2016). *O impacto da crise económica, financeira e social no*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde . (2015). *Acesso aos Cuidados de saúde - Um direito em Risco? Relatório de Primavera 2015*. Portugal: OPSS.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Health System Review - Portugal*. OMS.
- Santos, A. A. (2014). Cuidados de Saúde e Política Financeira em tempos de crise global. *Bioética e Políticas Públicas*, pp. 15-26.

O Mundo da Medicina Hiperbárica: uma perspectiva bioética

The World of Hyperbaric Medicine: a Bioethical Perspective

Mafalda Branco*

* Estudante do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

A Medicina Hiperbárica consiste numa área que, na atualidade apresenta enorme relevância e aplicabilidade clínica. A OTHB, uma modalidade desta área, por consistir na aplicação terapêutica de O₂ a 100% com pressões elevadas, apresenta efeitos bio fisiológicos e terapêuticos para o organismo humano. No entanto, torna-se necessário seguir as indicações das instituições nacionais e internacionais a fim de evitar efeitos adversos e complicações. Surgem, no entanto, algumas questões relacionadas com o acesso à mesma, nomeadamente em termos de custos, e com os possíveis riscos associados, sendo fundamental corroborar estes aspetos com princípios éticos inerentes.

Palavras-chave: Oxigénio, Hiperbárico, Aplicações, Terapêutica, Bioética, Acessibilidade.

Abstract

Hyperbaric Medicine consists of an area that, at the present time, presents enormous relevance and clinical applicability. OTHB, a modality in this area, because it consists in the therapeutic application of 100% O₂ at high pressures, presents bio physiological and therapeutic effects for the human organism. However, it is necessary to follow the instructions of national and international institutions in order to avoid adverse effects and complications. There are, however, some issues related to access to it, particularly in terms of costs, and the possible associated risks, and it is essential to corroborate these aspects with inherent ethical principles.

Keywords: Oxygen, Hyperbaric, Applications, Therapeutics, Bioethics, Accessibility.

Introdução

Os primórdios da utilização do oxigénio (O₂), como método terapêutico por via respiratória remontam ao século XVIII. Contudo, somente no século XX a sua utilização foi incorporada na prática clínica com fundamentos científicos. O percurso foi longo, dada a necessidade de se realizarem múltiplos ensaios clínicos a fim de se compreender de que forma, o O₂ inalado no seu estado mais puro funciona como um método com inúmeras e abrangentes propriedades (Fernandes, 2009).

A Medicina Hiperbárica consiste numa área da Medicina que coordena e prescreve a aplicação terapêutica de O₂ em ambiente com uma pressão ambiente superior à pressão atmosférica ao nível do mar. Com a crescente evidência científica, a utilização deste método passou a estar cada vez

mais relacionado e vocacionado, não só para acidentes de mergulho (por intoxicação por monóxido de carbono), mas também para a recuperação de determinadas patologias (Fernandes, 2009).

O facto de se tratar de uma área pouco conhecida no nosso país, não exclui a existência de colaborações entre as Unidades de Medicina Hiperbárica nacionais com instituições internacionais, possibilitando um futuro significativo para a área e as suas potenciais aplicações, sendo este um dos aspetos mais desafiantes deste tema, não descurando as questões éticas associadas.

Assim, o presente artigo permite conhecer melhor e refletir de que forma a Medicina Hiperbárica pode inovar a prática clínica, considerando as suas aplicações e, quais as

questões biológicas e éticas associadas à técnica. Pondera-se ser um tema cativante dado o seu futuro préstimo no processo de cura e tempo de recuperação.

A Medicina Hiperbárica: conceitos e dispositivos

Etimologicamente o termo hiperbárico é composto pelos radicais híper + baros. Híper é um prefixo que indica excesso e baros indica pressão, peso ou densidade (Lacerda, et al., 2006). Assim, o termo Hiperbárico denota “relacionado com produzir, operar, ou ocorrer a pressões superiores à pressão atmosférica normal” (Sousa, 2006, p. 3).

A Medicina Hiperbárica dedica-se ao estudo e tratamento de doenças passíveis de melhorarem ou até mesmo regredirem após a exposição a elevadas pressões ambientais e O₂ molecular, em compartimentos híper pressurizados - câmaras hiperbáricas. É uma área que estuda, coordena e prescreve a aplicação terapêutica do O₂ ou de outras misturas gasosas em meio hiperbárico (Ordem dos Médicos, 2017).

Esta área da medicina abrange a Terapêutica Hiperbárica e a Oxigenoterapia Hiperbárica (OTHB). A terapêutica hiperbárica envolve a inalação de ar e misturas gasosas respiráveis híper oxigenadas. Atualmente, reporta-se a sua relevância ao tratamento de situações clínicas causadas por êmbolos gasosos (Sousa, 2006). A OTHB consiste num método terapêutico onde o paciente respira O₂ a 100% (O₂ puro) no interior de uma câmara hiperbárica. Este aumento de pressão irá provocar um aumento da pressão arterial e tecidual de O₂ bastante significativo, sendo este o fator essencial de base nos efeitos fisiológicos e terapêuticos desta técnica (Oliveira, 2010). A posologia do tratamento define-se por três variáveis: pressão, tempo e tipo de gás ajustados ao paciente (Ordem dos Médicos, 2017).

A fim de conferir operacionalidade à execução deste método terapêutico, é essencial pessoal técnico qualificado, como médicos,

enfermeiros, operadores/técnicos de OTHB e auxiliares de ação médica. Importa referir que, a prescrição e supervisão destes tratamentos são da exclusiva responsabilidade dos médicos com a competência em Medicina Hiperbárica (Ordem dos Médicos, 2017).

As câmaras hiperbáricas

Para que os mecanismos descritos sejam passíveis de serem realizados, as sessões de OTHB são efetuadas no interior de câmaras hiperbáricas - compartimentos normalmente cilíndricos e estanques - que podem ser monolugar ou multilugar, encontrando-se classificadas por categorias atendendo à sua finalidade, capacidade e potencial terapêutico (Quadro 1) (Sousa, 2006).

De acordo com a Diretiva 93/42 CCE de 14 de junho de 1993, referente a dispositivos médicos (DM's), estas câmaras são classificadas como DM's tipo IIB, sendo aplicados ao tratamento e atenuação de doenças, bem como para fins de investigação (Sousa, 2006). Sendo DM's, devem cumprir as normas europeias e nacionais - Medical Device Directive 93/ 42 e Decreto-Lei nº 145 / 2009 de 17 de junho (Ordem dos Médicos, 2017).

Estes DM's podem ser instalados em diferentes tipos de estruturas de saúde como hospitais, clínicas ou outros desde que, obedeçam as normas legais e de boas práticas vigentes (Ordem dos Médicos, 2017).

As câmaras monolugar são utilizadas para um único paciente que se posiciona em decúbito dorsal. São cada vez menos utilizadas pois o O₂ é inalado diretamente do ar ambiente da câmara sendo que, por ser pressurizado por este gás existe um risco acrescido de incêndio. O facto de o paciente se encontrar em decúbito dorsal pode causar desconforto e, este tipo de câmara impossibilita a prestação de cuidados no decorrer da sessão. No entanto, as mais modernas permitem contacto visual com o exterior e possuem sistemas de comunicação (Sousa, 2006).

As câmaras multilugar são pressurizadas com ar até atingirem a pressão ambiente desejada e volumetria suficiente para instalar simultaneamente vários pacientes, sendo assim possível a supervisão dos cuidados no interior da mesma, por profissionais de saúde no decorrer dos tratamentos. Acondicionados os aspetos referidos, os pacientes respiram O₂ puro ou outras misturas gasosas respiráveis (como o nitrox), com recurso a uma tenda cefálica, uma máscara facial ou um tubo endotraqueal (no caso de doentes críticos). O circuito é semiaberto pois não existe contacto direto entre os gases inspirados pelo paciente com o ar existente no interior da câmara. Assim, “raramente as concentrações de oxigénio, a este último nível, excedem os valores de segurança recomendados (22.5%) estando assim, minimizado o risco de incêndio e deflagração.” (Sousa, 2006).

orientar as ações do seu pessoal em situações de emergência específicas, devendo estas ser integradas com os procedimentos gerais de emergência. É ainda dever dos centros hiperbáricos desenvolver e manter um alto nível de segurança e participar ativamente na educação constante e treino dos profissionais (European Committee for Hyperbaric Medicine, 2004).

OTHB a nível bio fisiológico e terapêutico

Torna-se importante perceber de que forma este método terapêutico atua ao nível bio fisiológico e quais os efeitos terapêuticos no organismo, corroborando a pertinência deste método com o Mundo na atualidade - Era da Tecnologia - e com o impacto significativo futuro passível de realizar.

Efeitos fisiológicos

A redução do volume e diâmetro de gás inerte existente no organismo é originado por mecanismos fisiológicos que, em diversas patologias justificam o recurso a este método terapêutico, nomeadamente: o aumento da pressão ambiente, a promoção da dissolução de O₂ (que permite a difusão do gás inerte do interior dos êmbolos gasosos para os tecidos circundantes), o aumento da quantidade de O₂ dissolvido no plasma, entre outros (Sousa, 2006).

O aumento das pressões parciais do O₂ alveolar é responsável por uma maior difusão de moléculas deste gás para o sangue dos capilares pulmonares que, rapidamente saturam a hemoglobina eritrocitária, sendo transportadas em quantidades progressivamente maiores (dissolvida no plasma), até que se atinja o estado de saturação de O₂ nos capilares (Sousa, 2006).

A OTHB promove uma vasoconstrição hiperóxica seletiva ao nível dos tecidos são causando uma diminuição do edema e redistribuição da volémia periférica (mecanismo

Tipos de Câmaras	Utilização
Categoria 1 (multilugar)	Tratamento e monitorização de pacientes em estado crítico (“advanced life support”)
Categoria 2 (multilugar)	Tratamento de pacientes, excetuando pacientes em estado crítico (“basic life support”)
Categoria 3 (multilugar)	Exclusivo ao tratamento de acidentes de mergulho (“basic life support”)
Categoria 4 (monolugar)	(“basic life support”)

Quadro 1 (Sousa, 2006)

Importa salientar a relevância da existência de protocolos específicos para os procedimentos gerais de tratamento hiperbárico bem como em casos de emergência. Cada unidade hiperbárica deve desenvolver e documentar procedimentos para

fisiológico que atenua os efeitos isquémicos e anti hipóxicos ao nível das extremidades). O aumento da disponibilidade local e concentração de O₂ molecular direcionado às lesões, promove a cicatrização derivado do aumento de colagénio fibroblástico, a estimulação da angiogénese e reepitelização. É ainda importante referir os efeitos benéficos no combate a infeção local por aumento da atividade fagocitária das bactérias e da lise ao nível dos granulócitos, sinergismo em relação a certos antibióticos e efeito bactericida e bacteriostático (Sousa, 2006).

Desta forma, todos estes mecanismos fisiológicos fundamentam a utilidade deste método terapêutico em situações relacionadas com hipóxia ao nível dos tecidos, independentemente da sua etiologia: anémica, citotóxica ou isquémica (Sousa, 2006).

Efeitos terapêuticos

Derivado da elevada concentração de O₂ que se encontra dissolvido nos líquidos teciduais através do recurso a este método, existem efeitos benéficos e, consequentemente terapêuticos para o organismo como:

- ✓ **Proliferação de fibroblastos-** com o aumento de O₂ dissolvido nos tecidos, a concentração deste que chega a tecidos pouco vascularizados é adequado, favorecendo a cicatrização de feridas;
- ✓ **Atividade Osteoblástica e Osteoclástica-** o aumento da concentração de O₂ que chega aos ossos favorece a atividade osteoblástica e osteoclástica sendo por isso um adjuvante ao tratamento de osteomielite crónica;
- ✓ **Neovascularização-** durante as sessões, os tecidos recebem uma maior quantidade de O₂ sendo que, logo após a sessão os tecidos são submetidos como que a uma hipoxia relativa comparativamente ao momento da sessão (efeito este responsável pela neovascularização);

- ✓ **Ação antimicrobiana-** em condições de hipoxia ou até mesmo anaerobiose existe um risco acrescido de proliferação bacteriana. Com o aumento da concentração de O₂ existe como que um “efeito antibiótico” para certas bactérias (Lacerda, et al., 2006).

Possíveis efeitos adversos e complicações da OTHB

A OTHB pode apresentar alguns efeitos adversos ou complicações, como as lesões barotraumáticas e situações provocadas pelo stress oxidativo, sendo por isso um método que não é inteiramente inócuo. A maioria destes efeitos e complicações manifestam-se durante a compressão ou a descompressão no interior da câmara hiperbárica. Estas variações de pressão podem provocar barotraumatismos timpânicos (mais comuns), dos seios peri nasais, dentários, pulmonares, ou ainda ao nível de outras cavidades fechadas do organismo (Sousa, 2006). Após estudos realizados, sabe-se que a existência de uma quantidade elevada de radicais livres derivados do O₂, resultantes de uma hiperóxia, proporcionam que todos os órgãos e aparelhos do organismo possam ser alvo de toxicidade por este gás, causando lesões orgânicas. No entanto, apenas as lesões cerebrais, as pulmonares e da retina assumem expressão clínica, sendo que a toxicidade pulmonar pode manifestar-se após exposições muito prolongadas ao O₂ hiperbárico (mais de seis horas) (Fernandes, 2009).

Certos pacientes podem sofrer um transtorno visual transitório conhecido como miopia hiperbárica (reverte poucos dias a semanas após finalizar o tratamento) ou o agravamento de cataratas pré-existentes. O O₂ em altas concentrações tem efeitos nocivos no recém-nascido prematuro podendo provocar fibroplasia retrolenticular (Fernandes, 2009).

Podem também surgir crises claustrofóbicas em doentes com predisposição para tal pelo facto

de as sessões decorrerem em espaços fechados (Sousa, 2006).

Estes tratamentos envolvem ainda um risco acrescido de incêndio causado principalmente pelo aumento das concentrações de O₂ no interior das câmaras, sendo este risco superior para as câmaras monolugar (pressurizadas com O₂ puro), daí estas estarem cada vez mais em desuso. Atendendo aos registos em literatura médica mundial, o número de acidentes fatais relacionados com incêndio no decorrer das sessões é de várias dezenas. A prevenção passa pela implementação de formalidades que regulamentem a aplicação de medidas de segurança conforme previsto na ação comunitária *COST B14*¹ (Sousa, 2006).

Indicações Terapêuticas e aplicações clínicas da OTHB

Múltiplas organizações internacionais promovem reuniões regulares com o intuito de chegar a um consenso quanto às indicações terapêuticas da OTHB. É possível encontrar recomendações baseadas na evidência científica emitidas pela *Undersea and Hyperbaric Medical Society* (UHMS, Estados Unidos da América) e *European Committee for Hyperbaric Medicine* (ECHM). Visto que, as recomendações do ECHM se encontram mais ajustadas à realidade Europeia estas são as mais utilizadas nos dias de hoje (Fernandes, 2009).

Atendendo às conclusões da *10th European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine*, em 2016 com lugar em Lille, para as recomendações atuais da aplicação de OTHB o ECHM decidiu adotar o sistema GRADE modificado

para a análise de evidências juntamente com o sistema DELPHI para a avaliação de consenso. Assim as recomendações baseiam-se na força da recomendação e no grau de evidência (Mathieu, Marroni, & Kot, 2017).

Força da recomendação:

- ✓ **Nível 1- Fortemente recomendada.** O curso de ação é considerado, sem grande discrepância, apropriado pela maioria dos especialistas. O painel está convencido de que os efeitos desejáveis da adesão à recomendação superam os efeitos indesejáveis.
- ✓ **Nível 2- Fraca recomendação.** O curso de ação é considerado apropriado pela maioria dos especialistas, mas existe algum desacordo entre o painel. Os efeitos desejáveis da adesão à recomendação presumivelmente superam os efeitos indesejáveis.
- ✓ **Nível 3- Recomendação Neutra.** O curso de ação pode ser considerado apropriado no contexto correto.
- ✓ **Nenhuma recomendação-** Não foi alcançado nenhum acordo pelo painel.

Grau de evidência:

- ✓ **Grau A- Alto nível de evidência.** O verdadeiro efeito está próximo da estimativa do efeito.
- ✓ **Grau B- Nível moderado de evidência.** O verdadeiro efeito provavelmente está próximo da estimativa do mesmo, mas existe uma possibilidade que é essencialmente diferente.
- ✓ **Grau C- Baixo nível de evidência.** O verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente da estimativa do efeito.
- ✓ **Grau D- Nível muito baixo de evidência.** A estimativa do efeito é apenas uma

¹ A Cooperação Europeia em Ciência e Tecnologia (COST) financia a criação de redes de pesquisa, denominadas Ações COST. Estas redes promovem a existência de um espaço aberto para a colaboração entre cientistas de toda a Europa permitindo avanços de pesquisas e a inovação tecnológica e científica (COST, s.d.).

suposição, e é muito provável que o verdadeiro efeito seja substancialmente diferente da estimativa do efeito (Mathieu, Marroni, & Kot, 2017).

Atendendo às atuais recomendações, a OTHB tem assim uma vasta e ampla aplicabilidade num conjunto de patologias do foro médico-cirúrgico. Em determinadas situações clínicas, este método terapêutico revela-se necessário e noutras revela-se, em contexto de abordagem terapêutica multidisciplinar, como terapêutica de primeira linha (Sousa, 2006).

Importa referir que, a OTHB pode ser utilizada como complemento de determinada terapêutica sendo exemplos disso as patologias oftalmológicas, toxicológicas, neurológicas, gastroenterológicas e no âmbito da cirurgia plástica e reconstrutiva (Sousa, 2006).

Dimensão bioética associada à OTHB

Acessibilidade relacionada com o método

Em Portugal, a primeira câmara hiperbárica foi instalada em 1953 na Escola de Mergulhadores-Esquadilha de Submarinos da Base Naval do Alfeite. Em 1989, foi instalada no Hospital da Marinha, uma câmara multilugar (sem capacidade para doentes críticos). Este centro, embora de vocação primordial militar, presta cuidados à população civil (Oliveira, 2010).

Em 2006, foi inaugurada a Unidade de Medicina Hiperbárica do Hospital Pedro Hispano em Matosinhos, dotada de uma câmara multilugar, sendo a segunda em Portugal continental (primeira de âmbito civil), alargando a cobertura desde tipo de tratamento ao Norte e Centro do país, possibilitando uma maior acessibilidade a este método terapêutico em termos geográficos, cobrindo assim uma maior área do território português. Esta unidade encontra-se integrada num centro hospitalar e por isso, com

capacidade de tratar doentes críticos (Oliveira, 2010).

Existe ainda uma câmara hiperbárica nos Açores (Horta) e na Madeira (Funchal). As restantes câmaras situadas em Portugal, não se encontram num sistema hospitalar e por isso, encontram-se em funcionamento e segurança desconhecidos (Oliveira, 2010).

Importa referir que, em matéria ética, podem existir situações que impedem pacientes de ter acesso a esta técnica, nomeadamente, o preço dos tratamentos, influenciando assim a acessibilidade a mesma. Pode assim falar-se de **princípios éticos** passíveis de serem colocados em causa.

Sabe-se que, a duração e a pressão máxima de trabalho das sessões de OTHB, se encontram limitadas a 3 atmosferas absolutas e a 120 minutos, como forma de prevenir toxicidade no organismo (Sousa, 2006).

Segundo a legislação publicada no Diário da República, uma sessão de OTHB aproxima-se dos 62,20 € (Ministério da Saúde, 2017, p. 3705). O número de sessões dependem das indicações e do protocolo do serviço. No entanto, e em caso de intoxicação por monóxido de carbono o mínimo de sessões são de 5 (Lacerda, et al., 2006). Assim, multiplicando o preço por sessão, o valor do tratamento seria de 311€ - referimo-nos ao setor público tendo por base o preço legislado.

Constatando o **Princípio da Proporcionalidade**, que na Era Moderna, etiologicamente remonta para a ideia de necessidade, isto é, “na exigência de limitação das medidas lesivas ao estritamente necessário para se atingir um determinado fim, fundada no direito do cidadão à menor desvantagem possível.” (Vicente, 2014, p. 15). Podemos assim fazer uma ligação com a acessibilidade a este método. Até que ponto um paciente poderá ter meios financeiros para pagar um tratamento de OTHB? E até que ponto a falta dos mesmos não será um desrespeito pela

dignidade humana e pelos direitos fundamentais já que, o princípio da proporcionalidade se estabelece “na essência dos direitos fundamentais, na proibição geral do arbítrio, no valor da dignidade da pessoa humana e nas ideias de Direito e Justiça” (Vicente, 2014, p. 24). Segundo o Acórdão n.º 634/93, a noção de proporção ou proibição do excesso que vincula as ações de todos os poderes públicos, refere-se essencialmente à necessidade de uma relação equilibrada entre meios e fins (Tribunal Constitucional, 2009, p. 167). Assim, derivado da falta de meios (financeiros), o acesso a este método terapêutico (fim, neste caso terapêutico) pode ficar comprometido sendo essencial que se encontre um equilíbrio justo entre os pacientes passíveis de realizarem este tratamento.

Evidenciando o **Princípio da Justiça**, este é descrito como “o dever de dar a cada um o que lhe é devido, ou lhe pertence, em termos de benefícios ou direitos, e de responsabilidades ou deveres” (Martins, 2013, p. 40). Pode também ser aqui aplicado visto que, podem remeter-se casos de injustiça no acesso ao método terapêutico. Assim, a injustiça relaciona-se com “o ato de negar determinados direitos às pessoas, por erro ou por omissão”, enquanto que a justiça se relaciona com os direitos e deveres (Martins, 2013, pp. 40-41). Importa referir que, a configuração de justiça que mais se destaca na área da biomedicina é a “justiça distributiva”, por se relacionar com o “problema da distribuição equitativa, da repartição proporcional, adequada, dos benefícios e encargos sociais” (Martins, 2013, p. 41).

Assim, a justiça relaciona-se com a equidade na partilha de recursos e bens considerados comuns a fim de que, a população tenha igual oportunidade de acesso. É essencial que exista uma justa e proporcional distribuição quanto ao acesso aos cuidados de saúde, neste caso á OTHB, a fim de respeitar os direitos humanos e a dignidade

da pessoa humana, permitindo o acesso a método terapêutico e possível concretização.

Benefício vs. Malefício

Nos últimos 40 anos, a OTHB tem sido indicada para uma grande diversidade de patologias, muitas das vezes sem a adequada evidência científica ou segurança. Este facto criou falsos conceitos e um elevado grau de ceticismo na comunidade médica relativamente a este método terapêutico (Fernandes, 2009).

Em termos gerais, a seleção dos pacientes deve basear-se em critérios rigorosos de ordem clínica, devendo o médico especializado nesta área privar-se da tentação de alargar a aplicação destes tratamentos a situações clínicas não contempladas nas listagens elaboradas pelas sociedades científicas internacionais com reconhecida competência neste domínio (Sousa, 2006).

Convém também recordar que a OTHB, tal como qualquer outro método terapêutico, deve ser encarado no conjunto das ações de tratamento indicadas para cada paciente e nunca como uma opção isolada, nunca descorando que, cada ser humano é único e reage de forma diferente a múltiplos estímulos (Fernandes, 2009).

Assim evidenciam-se princípios como o **Princípio da Beneficência** e o da **Não-Maleficência**. O **Princípio da não-maleficência** corresponde à “obrigação de não causar, em termos gerais, qualquer mal ou dano” sendo que, a aplicação do mesmo reporta-se à obrigação de não causar danos físicos, incluindo dor ou sofrimento, invalidez e morte (Martins, 2013, p. 24). Este princípio estabelece “uma obrigação ou prescrição “negativa” de carácter não absoluto, ou seja, proíbe uma determinada ação que possa causar dano ou fazer mal.” (Martins, 2013, p. 25).

O **Princípio da Beneficência** consiste na “obrigação de ajudar ou causar o bem a outra pessoa, o que em medicina se tem traduzido no

desenvolvimento de conhecimentos e técnicas que visam auxiliar o paciente a superar uma situação de risco para a sua vida.” (Martins, 2013, p. 30). Importa, no entanto, ressaltar que este princípio não se limita à prática de uma “beneficência positiva”, que exige a promoção do bem dos outros, mas que, exige também que exista uma ponderação dos benefícios, ou seja um balanço dos riscos e custos que permita gerar os melhores efeitos. Pode ainda relacionar-se no sentido da proporcionalidade, no intuito de proporcionar uma porção de benefícios capazes de equilibrar os malefícios que possam ter sido causados em determinada intervenção médica (Martins, 2013, p. 36).

Evidencia-se assim, que estes princípios estão fortemente relacionados com o método terapêutico visto que é necessária uma ponderação entre o benefício da técnica (tratar ou aliviar a patologia) ou malefício (causar dano ao organismo humano). Entende-se assim que é essencial que se sigam todas as indicações terapêuticas bem como as recomendações e instruções dos fabricantes das câmaras a fim de evitar erros e acidentes, bem como complicações ou efeitos adversos. É assim necessário que este método seja prescrito por um médico especializado na área e que, se pondere se o recurso à técnica não será mais desvantajosa do que vantajosa, ou vice-versa.

Reflexão crítica

Este tema despertou um grande interesse por se demonstrar bastante pertinente na atualidade com efeitos terapêuticos bastante benéficos e com uma carga reflexiva acerca de questões éticas passíveis de serem analisadas. Suscitou-me também interesse por se apresentar num tema quase desconhecido, sobretudo em contexto académico. Por se tratar de um método terapêutico adjuvante ao tratamento de certas patologias considero de extrema importância abordá-lo e conhece-lo melhor visto que, os benefícios clínicos proporcionados e a atual fundamentação científica,

fazem com que esta área seja aceite como uma área do conhecimento dotada de mérito e de especificidade distinta.

Considero que, para que a acessibilidade ao método seja proporcional e justa devem ter-se em conta as possíveis desigualdades económicas e que, qualquer paciente com indicação médica e com o consentimento de realizar este método deve ser encaminhado para tal. No entanto, é necessário ter em conta que, “se em alguns casos, não propor ou permitir um tratamento pode ser pior do que retirá-lo uma vez iniciado, noutros casos, só depois de iniciado um tratamento é possível fazer um diagnóstico adequado dos seus benefícios, sendo necessário proceder a uma reavaliação periódica do mesmo.” (Martins, 2013, p. 27).

Assim, entende-se que, é necessário refletir sobre a melhor abordagem quanto ao recurso a este método, com base no **Princípio da Beneficência** e o **Princípio da não-maleficência**.

“Os próprios médicos já baseiam rotineiramente os seus juízos sobre o tratamento mais adequado no balanço dos benefícios prováveis e prejuízos para o paciente” (Martins, 2013, p. 36). Assim, qualquer decisão sobre saúde abrange valores médicos, mas também valores que nos permitem estimar os custos e os benefícios de determinada intervenção médica.

Salientar que, se “face à escassez dos recursos na área da saúde e aos elevados custos das intervenções médicas, se assiste hoje à valorização de políticas de saúde que conduzam a um maior rendimento, calculando a distribuição de recursos com base em parâmetros quantitativos; por outro lado, é indiscutível que, por detrás de todos os cálculos, estão valores morais e não apenas números e percentagens sobre o possível êxito de uma dada intervenção.” (Martins, 2013, pp. 36-37). Assim, este tema de ampla aplicabilidade e, com resultados benéficos possui também por base questões éticas.

O recurso ao método deve ser vigiado e indicado por médicos e ser proporcional e justo. A sua indicação deve ter por base o benefício vs. Malefício para o organismo humano, sendo que, todas as recomendações devem ser seguidas a fim de evitar erros desnecessários e valorizando sempre o respeito pelos direitos humanos e a dignidade da pessoa humana.

Considero que este tema, por tudo o que foi abordado, seja uma verdadeira potencialidade futura com benefícios evidentes e consideráveis para os pacientes que recorrem à OTHB, não só pela simplicidade do mesmo, mas também por toda a evidência científica existente.

Conclusão

Constata-se que, a aplicabilidade do O₂ como método terapêutico representa na atualidade um verdadeiro adjuvante e eficaz processo para o tratamento de certas patologias.

No decurso da última década, os indicadores de atividade têm vindo a aumentar progressivamente traduzindo a credibilidade que este método terapêutico complementar tem vindo a adquirir no seio da comunidade médica e científica (Sousa, 2006). Assim, e por este motivo, a educação e treino nesta área são estratégias que devem ser exploradas com o objetivo de atingir padrões de qualidade e prevenir possíveis acidentes. Conclui-se que se trata de uma área que poderá ter um verdadeiro e significativo impacto no que toca à prática clínica (para além do atual) e que, por isso poderia ser mais estudado e divulgado. Trata-se de um método simples e que, com as devidas precauções e recomendações internacionais e nacionais poderá fazer toda a diferença na qualidade de vida das pessoas.

Referências

- COST. (s.d.). *About COST*. Obtido de COST- European Cooperation in Science and Technology: <https://www.cost.eu/who-we-are/about-cost/>
- European Committee for Hyperbaric Medicine. (Maio de 2004). *A European Code of Good Practice for Hyperbaric Oxygen Therapy*. Obtido de <http://www.echm.org/documents/ECGP%20for%20HB%20-%20May%202004.pdf>
- Fernandes, T. D. (2009). *Medicina Hiperbárica*. (pp. 323-334). Porto: CELOM. Obtido de http://www.hiperbaricasantarosa.com.br/arquivos/MEDICINA_HIPERBARICA.pdf
- Lacerda, E. P., Sitnoveter, E. L., Alcantara, L. M., Leite, J. L., Trevizan, M. A., & Mendes, I. A. (Janeiro de 2006). *Atuação da Enfermagem no tratamento com Oxigenoterapia Hiperbárica*. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a16.pdf>
- Martins, I. O. (fevereiro de 2013). *A operacionalização dos princípios da Bioética no principialismo de Beauchamp e Childress*. Lisboa, Portugal. Obtido de <http://hdl.handle.net/10362/10612>
- Mathieu, D., Marroni, A., & Kot, J. (1 de março de 2017). *Consensus Conference Tenth European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine: recommendations for accepted and non-accepted clinical indications and practice of hyperbaric oxygen treatment*. *Diving and hyperbaric medicine*, 24-32. Obtido de <http://www.echm.org/documents/DHM%202017-Mathieu%20D-Tenth%20European%20Consensus%20Conference%20on%20Hyperbaric%20Medicine.pdf>
- Ministério da Saúde. (11 de julho de 2017). *Portaria n.º 207/2017*. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/107669157/details/maximized?dredId=107669152>
- Oliveira, F. R. (2010). *Oxigenoterapia Hiperbárica na recuperação de lesões musculares*. Porto, Portugal. Obtido de <http://hdl.handle.net/10284/1890>
- Ordem dos Médicos. (2017). *Documento orientador para formação e certificação do exercício da medicina hiperbárica e subaquática*. Portugal. Obtido de http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Programa_de_Formacao_em_Medicina_Hiperbarica.pdf
- Sousa, J. d. (2006). *A medicina hiperbárica. Uma especificidade da medicina naval*. *Revista Militar*. Obtido de <https://www.revistamilitar.pt/artigo/119>
- Tribunal Constitucional. (9 de janeiro de 2009). *Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 632/2008*. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/396925>
- Vicente, L. N. (dezembro de 2014). *O princípio da proporcionalidade- uma nova abordagem em tempos de pluralismo*. Coimbra, Portugal. Obtido de https://www.ij.f.d.uc.pt/publicacoes/premios/pub_1_ms/numero1_pms.pdf

Revisão Bioética sobre a Eutanásia

Bioethics Review on Euthanasia

Inês Marçal e João Cruz*

* Estudantes do 3º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal

Resumo

Com este artigo pretende-se compreender as diferenças da aplicabilidade da Eutanásia explorando os pontos de vista ético, deontológico, jurídico e processual. O artigo explora uma breve introdução dos conceitos de Eutanásia, Distanásia, Ortotanásia e Suicídio Assistido, explicando a ambiguidade dos distintos termos. Abordaremos diferentes aspetos relacionados com a Eutanásia entre os quais, as distintas tipologias, as motivações ou causas da solicitação da Eutanásia, os argumentos a favor e contra a Eutanásia relacionando os mesmos com os princípios éticos incutidos, enunciaremos os dilemas éticos suscitados pela intervenção de uma terceira pessoa na prática da Eutanásia e finalizamos com uma reflexão crítica sobre a temática em estudo. Os motivos para desenvolver este artigo centram-se na capacidade de compreender os motivos da ambiguidade da Eutanásia e os princípios bioéticos envolvidos na tomada de decisão.

Palavras-chave: Eutanásia; Bioética; Fim de Vida

Abstract

This article intends to understand the differences in the applicability of Euthanasia exploring the ethical, deontological, legal and procedural points of view. The article explores a brief introduction of the concepts of Euthanasia, Dysthanasia, Orthanasia and Assisted Suicide, explaining the ambiguity of the different terms. We will approach different aspects related to Euthanasia, among which, the different typologies, the motivations or causes of the request for Euthanasia, the arguments in favor and against Euthanasia relating them to the ethical principles implanted, we will enunciate the ethical dilemmas raised by the intervention of a third person in the practice of Euthanasia and we will end with a critical reflection on the subject under study. The reasons for developing this article focus on the ability to understand the reasons for the ambiguity of Euthanasia and the bioethical principles involved in decision making.

Keywords: Euthanasia; Bioethics; End of Life

Introdução

Com este artigo pretendemos abordar um tema complexo e pertinente, que se encontra na ordem do dia em Portugal, pois foi alvo de discussão parlamentar recente. A 29 de maio de 2018, quatro projetos-lei (PEV, PS, BE e o PAN), que pretendiam a despenalização da prática da Eutanásia, foram chumbados pela Assembleia da República. O projeto-lei da autoria do PS esteve próximo da aprovação (por cinco votos). Como tema atual, fraturante e polémico, abordaremos a Eutanásia enquanto desejo e ambição de quem a

deseja e em contrapartida ao pressuposto desfavorável que não deveria ser realizada (Santos, 2011).

O fascínio por este tema advém da inúmera informação encontrada e da polémica, cada vez mais entusiasta e atual no ambiente público e político, que faz perspetivar, diferentes problemáticas a nível moral, filosófico e ético, pois provoca emoções e tensões antagónicas mesmo entre os profissionais de saúde.

O fim da vida é algo garantido a todos os seres humanos que coabitam neste planeta,

contudo, todos ambicionam viver o máximo de tempo possível. Sendo impossível conjecturar um acidente que provoque coma, paralisias, ou patologia incurável e/ou terminal é importante refletir se o nível de sofrimento das mesmas para a pessoa e/ou família é suportável e não devia acarretar a possibilidade de uma escolha (Santos, 2011).

O avanço da medicina permitiu desenvolver tratamentos para muitas patologias, porém, ainda não descobriu a «cura» para todas elas. Em conjunto com os avanços tecnológicos assistimos nos dias de hoje à possibilidade de prolongar a vida através de diversos equipamentos que substituem a nossa fisiologia natural, como a capacidade de respirar artificialmente, realizar as funções renais ou administrar alimentação endovenosa, entre outros.

Cada ser humano é diferente em diversos aspetos, individuais, autónomos, capazes de realizar as suas próprias escolhas e saber o que desejam. É por isso importante compreender as diferentes perspetivas de quem é contra e a favor da Eutanásia e quais as solicitações desta, para podermos compreender o contexto do outro e os princípios éticos e fundamentais para essa tomada de decisão.

Este artigo pretende esclarecer os conceitos de Eutanásia e demonstrar os argumentos a favor e contra a mesma, realizando uma exploração aos princípios éticos subjacentes à eutanásia e ao suicídio assistido através de uma análise de diferentes autores e entidades com argumentos divergentes em relação à morte a pedido.

A Eutanásia

O desenvolvimento da presente matéria e a sua pertinência relaciona-se com a necessidade de adquirir conhecimentos teóricos sobre a Eutanásia e os conceitos relacionados. Neste contexto, o presente capítulo será dedicado à análise do conceito de Eutanásia e posterior abordagem aos conceitos de Distanásia, Ortotanásia e Suicídio Assistido. Serão concomitantemente abordados os

argumentos a favor e contra a Eutanásia bem como os problemas éticos que os posicionamentos suscitam.

O termo **Eutanásia**, tem raiz no mundo greco-romano, derivando diretamente do prefixo *eu* (bom) e *thanatos* (morte). A partir do século XVII com o médico *Francis Bacon* e posteriormente com o filósofo *Karl Friedrich Marx*, a discussão sobre a Eutanásia é retomada, perdendo, em parte, o seu sentido etimológico, pois *F. Bacon* argumentava que, em casos necessários, os médicos deveriam auxiliar os pacientes moribundos a morrer ou “*produzir uma morte suave para atenuar o sofrimento*” (Gonçalves, 2009, p. 90).

K. Marx compartilha deste argumento, justificando que os médicos não podiam conceder imortalidade aos enfermos, logo, que deveriam dar-lhes o descanso, ou seja, a morte (Santos, 2011). Segundo o referido autor, a Eutanásia tem uma característica particular, distinta do suicídio ou homicídio, o facto da pessoa enferma se encontrar próxima da morte. Afirmando a Eutanásia como a “*supressão da vida de um doente a pedido expresso dele próprio, da família, ou muito raramente pelos médicos*” (Santos, 2011, p. 7).

A Assembleia da República (2016, p. 9), define Eutanásia como o ato de “*provocação da morte de uma pessoa numa fase terminal da vida para evitar o sofrimento inerente a uma doença ou a um estado de degenerescência*”.

A Eutanásia tem, assim, por base a solicitação expressa da pessoa dessa vontade, e é a ação iniciada pelo profissional de saúde que tem como objetivo colocar termo à vida, contrariamente, ao suicídio assistido que tem como conduta alguém auxiliar outra pessoa a pôr termo à sua vida de forma a libertar-se do sofrimento (Parlamentar, 2016).

O primeiro Estado europeu a permitir a prática da Eutanásia foi a Holanda, em 2002. Neste país, a definição de Eutanásia é “*tirar*

intencionalmente a vida de outra pessoa a seu pedido explícito” (Gonçalves, 2009, p. 90).

Com a necessidade de clarificar os diferentes conceitos para evitar ambiguidades, surgem os termos Distanásia, Ortotanásia e Suicídio Assistido.

O termo **Distanásia**, deriva etimologicamente do grego, com o prefixo *dís* a legitimar a transfiguração do processo de morte. Contudo, o termo Distanásia, significa na sua génese o contrário da Eutanásia, consistindo essa ação, no prolongamento da vida utilizando todos os meios, proporcionados ou não, mesmo que não exista possibilidade de cura ou que signifique impor ao paciente sofrimento adicional em que o resultado inevitável será a morte, conseguindo apenas retardar por horas ou dias em condições desumanas a pessoa enferma (Santos, 2011).

Deste modo, resumizando, a Distanásia é considerada o prolongamento artificial da vida humana, identicamente denominada, como obstinação terapêutica (recorrendo-se a diversas formas de tratamento nos quais os resultados são mais prejudiciais do que os efeitos da doença), cujo único propósito não é ser curativo ou ser moralmente ético, é somente prolongar a vida sem qualidade da mesma (Gonçalves, 2009).

O termo **Ortotanásia**, é o conceito utilizado para designar a nomenclatura «morte digna». Na Ortotanásia não são utilizadas medidas que antecipam a morte nem que prolonguem a vida desnecessariamente com sofrimento implícito para o paciente, mas são impostas medidas que promovem o conforto para que o falecimento ocorra no tempo e na forma mais natural possível (Silva, et al., 2016).

Relativamente ao último dos conceitos apresentados, o **Suicídio Assistido**, contrariamente à Eutanásia em que o profissional de saúde executa o ato final, este consiste em a pessoa executar a ação final nos quais os profissionais de saúde

disponibilizam os meios necessários (Castro, et al., 2016) e (Santos, 2011).

Tipos de eutanásia

De modo a explicarmos a ambiguidade do conceito, vamos demonstrar algumas conceções distintas de Eutanásia, classificando as mesmas como:

Eutanásia Agónica – ocorre quando a morte é provocada sem sofrimento, num doente terminal sem qualquer esperança de vida (Silva A. P., 2011);

Eutanásia Eugénica ou Eutanásia do tipo Económica ou Social – utilizada para eliminar o sofrimento dos pacientes com patologias incuráveis, com malformações congénitas ou deteriorações irreversíveis (físicas ou mentais), dos inválidos ou dos idosos, com o objetivo de reduzir a população na sociedade que não contribuísse economicamente para a mesma. Tendo sido utilizada na Alemanha nazi e em Esparta como justificação para a purificação da raça (Santos, 2011);

Eutanásia por Ação ou Positiva – medida utilizada com o objetivo misericordioso, de modo a provocar deliberadamente o fim de vida sem sofrimento nem dor para o paciente que requer a atuação do profissional de saúde para administração de fármacos ou substâncias mortais (Silva A. P., 2011);

Eutanásia por Omissão ou Negativa – medida utilizada para omitir qualquer ajuda médica que mantenha o paciente vivo (Santos, 2011);

Eutanásia Involuntária – ocorre quando a morte é provocada sem o consentimento do paciente, mas sem ser contra a sua vontade, pois se lhe perguntassem, a sua vontade seria morrer (Santos, 2011);

Eutanásia Lenitiva – tipologia de Eutanásia utilizada quando são aplicados meios que visam eliminar ou reduzir o sofrimento dos doentes

terminais, mas que tem por objetivo, manter a vida do paciente sem encurtar a mesma (Santos, 2011);

Eutanásia não Voluntária – ocorre quando a morte é provocada sem o consentimento do paciente (Santos, 2011);

Eutanásia Occisiva – ocorre quando os profissionais de saúde usam meios para terminar a vida do paciente de forma a que este não prolongue o seu sofrimento (Silva A. P., 2011);

Eutanásia Penal ou Punitiva – esta tipologia de Eutanásia ainda é aplicada nos países onde a pena de morte é admitida (para os crimes considerados graves pelas respetivas legislações), como os casos da China e alguns estados dos Estados Unidos da América (Silva A. P., 2011);

Eutanásia Voluntária – tem por base o consentimento da pessoa atendendo à sua vontade de por termo à sua vida, existindo possibilidade, de a mesma ser aplicada pelo próprio (**Eutanásia Suicida**), recorrendo aos meios necessários para reduzir a sua vida ou ser aplicada, conforme os casos, por uma terceira pessoa que colabora no desenlace final, não sendo considerado o principal autor (Santos, 2011).

Abordando de seguida as questões que se levantam, a nível ético, sobre uma destas formas de Eutanásia: a **Eutanásia Voluntária**, discutida no nosso país na atualidade, nos termos definidos por José António Gonçalves “*a terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais*” (Gonçalves, 2009, p. 90).

Causas da Solicitação da Eutanásia

As principais causas apontadas como motivação do desejo de morrer, em vários estudos efetuados nos países que permitem o término da vida a pedido, são:

- ✓ Dor Insuportável;
- ✓ Sofrimento Imensurável;
- ✓ Perda do Sentido da Vida;
- ✓ Receio de ser sobrecarga financeira e emocional para a família;
- ✓ Dependência de máquinas para viver;
- ✓ Sintomas físicos (dor, fadiga, problemas de sono, dispneia);
- ✓ Má qualidade de vida;
- ✓ Perda de Dignidade e da Independência;
- ✓ Sobrecarga financeira e falta de apoio social.

Os sintomas físicos, com relevância para a dor e dispneia, são fatores desencadeadores da vontade de morrer.

No entanto, como podemos verificar são variadas as motivações que levam a pessoa a solicitar a eutanásia. A dependência (dos outros ou de máquinas), a perda de qualidade de vida, de dignidade e do sentido da vida, o receio de ser uma sobrecarga financeira, emocional e/ou falta de apoio social ao próprio e à sua família são alguns dos principais argumentos que levam a este pedido de morte (Gonçalves, 2009, pp. 94-96).

Argumentos a Favor da implementação da Eutanásia

Ao longo do tempo foram considerados alguns argumentos a favor da prática da eutanásia, que configuram na forma de princípios, nomeadamente:

✓ **Princípio do respeito pela Autonomia**

Com o princípio da autonomia emerge o sentido de liberdade e de direito de cada pessoa a escolher como e quando será a sua morte. A pessoa é um ser dotado de dignidade e liberdade, sendo que esta acaba, quando se inicia a liberdade do outro na vida em comunidade. A pessoa é livre para decidir como, quando e em que condições deve viver também, por maioria de razão, deve ser

concedida a mesma liberdade para prescindir do seu direito a viver (Singer, 2000, p. 119).

A pessoa devia, assim, ter o controlo sobre o fim da sua vida, sobre o momento e circunstâncias em que a morte ocorre, o que confere à pessoa um poder integral de decisão sobre a morte (Gonçalves, 2009, p. 103). Havendo um pedido explícito, consciente, refletido, informado e repetido da pessoa, com o desejo de morrer, através da manifestação da sua autonomia e liberdade, nasceria intrinsecamente o direito a morrer como uma renúncia ao direito à vida (Singer, 2000, p. 119).

Horta afirma que *“o primeiro direito da pessoa humana é a sua vida. (...) a vida é fundamental e é condição de todos os outros. Por isso, esse bem deve ser protegido acima de qualquer outro”* (Horta, 1999, p. 4). A inviolabilidade da vida e o primado do direito à vida afigura-se como expressão da limitação da autonomia e do pedido para morrer.

Este pedido é um momento de especial vulnerabilidade. Considerando que a pessoa está em grande sofrimento, como se pode afigurar que a vontade de cada pessoa que efetua o pedido está efetivamente a ser livre de quaisquer constrangimentos e coação? E se é de facto informada e esclarecida? (CNECV, 2018, p. 5).

Qualquer erro de interpretação do pedido será fatal, tendo o Estado de assumir o risco de se equivocar sobre o sentido de tal pedido (Lepargneur, 1999, p. 4).

Além disso, a eutanásia será praticada por um profissional de saúde (à partida, um ato médico). O profissional de saúde será o responsável pela morte da pessoa e pode ser o responsável pela tomada de decisão pelo que o princípio da autonomia da pessoa é, claramente, limitado (CNECV, 2018).

E até que ponto imputar a morte de determinada pessoa ao profissional de saúde não é

desrespeitar o princípio da autonomia e liberdade deste? (Lepargneur, 1999).

✓ **Princípio da Beneficência**

A pessoa, sofrendo de uma doença incurável e com sofrimento intolerável, poderia sentir alívio em morrer.

Refere Gonçalves que *“A vida não é um bem absoluto, nem a morte um mal absoluto, ambas fazem parte do mesmo processo e, se a morte pode em muitos casos ser apropriadamente evitada, noutros a morte é o fim mais apropriado e que melhor serve os interesses das pessoas”* (Gonçalves, 2009, p. 90).

A morte seria, assim, o alívio, um bem para quem está em agonia, que por compaixão e ajuda ao outro seria praticada (CNECV, 2018, p. 2).

Singer refere: *“Talvez um dia seja possível tratar todos os doentes terminais e pacientes incuráveis de uma forma tal que ninguém requeira a eutanásia e a questão deixe de se pôr”* (Singer, 2000, p. 121), admitindo que com os cuidados adequados, atenção e medicação correta as pessoas deixariam de pedir para morrer.

O Estado tem o dever de assegurar o acesso aos cuidados universalmente e, em final de vida, direcioná-los a quem deles necessite. No nosso país, os cuidados paliativos não são acessíveis a todos os que deles têm necessidade, não sendo disponibilizados a grande parte da população (CNECV, 2018, p. 7).

Deste modo, o benefício poderia ser ultrapassado por potenciais danos causados aos doentes, cujo sofrimento poderia ser aliviado de outros modos, nomeadamente, pela disponibilização de cuidados paliativos (Gonçalves, 2009, p. 105).

✓ **Princípio da Dignidade Humana**

O princípio da dignidade humana é revelante de ser mencionado, no sentido exploratório do

estatuto inerente ao próprio valor, uma vez que o mesmo confere estatuto de inviolável. Contudo, o debate surge quando a relevância da Eutanásia Voluntária é colocada, pois sendo a dignidade humana inviolável conclui-se que a mesma não seria afetada por doenças ou restrições à autonomia. A interpretação da dignidade humana como sendo inviolável é neste sentido, incorreta (Jordaan, 2017).

Refere o CNECV, quanto ao conceito de dignidade humana,

“...que o termo Dignidade Humana é o reconhecimento de um valor. É 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 próprio. Esse projeto de autorrealização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de ação e não instrumentalização da pessoa (...)

realizamo-nos a nós próprios através da relação e ajuda ao outro. Não respeitáramos a dignidade dos outros se não a respeitássemos no outro” (CNECV C. N., 1999, p. 10).

Jordaan (2017), indica que o conceito inerente à dignidade humana significa que todos os seres humanos podem reivindicar proteção da sua dignidade em virtude de serem humanos, contudo, a natureza inerente da dignidade humana não significa que a dignidade humana seja incapaz de violar esse mesmo direito.

O debate sobre a requisição da Eutanásia torna-se interessante de abordar, no sentido de reconhecer uma violação da dignidade humana que não pode equivaler a postular uma pessoa de sem dignidade (Sobral, 2014).

Argumentos Contra a implementação da Eutanásia

Poderá haver abusos da prática da eutanásia, tanto na influência externa da vontade das próprias pessoas como nos decisores.

✓ Consequências Sociais

De forma subtil, a estrutura pública de saúde pode efetivamente determinar quem deve e quando deve morrer, pois tem as condições objetivas para decidir, por exemplo, quem terá a prioridade e o privilégio, de ser cuidado numa unidade de cuidados intensivos (Dantas, Martins, & Militão, 2011, p. 6).

O Estado, por impossibilidade de assegurar os cuidados a todos os cidadãos e, num cenário de poucos recursos económicos e humanos pode ser tentado a influenciar a vontade das pessoas e dos profissionais de saúde em ordem a determinar a morte das pessoas de forma a evitar os custos elevados da manutenção da vida e o impacto financeiro da manutenção de um tratamento de saúde (Dantas, Martins, & Militão, 2011, p. 5).

“O Estado não pode concentrar os seus deveres na legalização e regulação de pedidos de morte, eximindo-se das preocupações primordiais de satisfazer as carências que combatam a desigualdade e criem condições para um acesso efetivo aos cuidados. Não é, por isso, eticamente aceitável legislar sobre tais procedimentos sem assegurar, ao mesmo tempo, uma oferta de cuidados organizados em fim de vida aos quais todos os cidadãos possam recorrer se assim o desejarem” (CNECV, 2018, p. 6).

Os recursos canalizados para a morte da pessoa com dignidade, através dos cuidados paliativos, em vez da análise do pedido de morte, evitam eventuais abusos de poder que podem advir da eventual despenalização da eutanásia.

✓ Princípio do respeito pela Autonomia

O pressuposto de que a Eutanásia é incompatível com o princípio do respeito pela autonomia emana da percepção de que, a autonomia é importante e, portanto, precisa de ser protegida.

Este argumento representa a defesa dos profissionais de saúde sobre a capacidade de melhorar ou restaurar a autonomia dos pacientes, sendo que, caso o paciente perca a sua capacidade de atuar autonomamente não significa que o profissional de saúde deva agir mediante os seus pedidos.

Neste sentido, a morte significa que as condições necessárias para a autonomia são perdidas, não sendo assim possível argumentar que o respeito pela autonomia deva ser uma razão favorável à prática da Eutanásia, como também pode ser um argumento desfavorável (Sjöstrand, Helgesson, Eriksson, & Juth, 2011).

✓ **Direito à Vida e Princípio da Dignidade Humana**

A Constituição da República Portuguesa começa, no seu artigo 1º, afirmando que *“Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”*, consagrando o Direito à Vida no n.º 1, do art. 24º, o primeiro artigo sobre Direitos, liberdades e garantias, referindo que *“A vida humana é inviolável”*.

Refere Jorge Miranda (2000, p.476), que *“a dignidade da pessoa é da pessoa concreta, na sua vida real e quotidiana; não é de um ser ideal e abstrato. E o homem ou a mulher, tal como existe, que a ordem jurídica considera irredutível, insubstituível e irrepetível e cujos direitos fundamentais a Constituição enuncia e protege”*. Esta inviolabilidade da vida humana e a proteção da dignidade humana, mais que isso, assumida como princípio basilar da sociedade portuguesa são fundamento para a não admissibilidade da eutanásia. O homicídio a pedido, fere o direito à

vida como está atualmente consagrado no ordenamento jurídico português – trata-se de um ato de matar uma pessoa, com intenção de fazer, com dolo e nexo causal, embora com pena especialmente atenuada, segundo o art.134º, n.º 1 do Código Penal Português (*“Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos.”*).

“A dignidade humana afirma que: todo o ser humano, por o ser, é o maior valor, e este sobressai quando é mais agredido, violentado, ignorado ou negado” (CNECV C. N., 1999, p. 25).

Ainda que a dignidade humana da pessoa que solicita a eutanásia possa ser o fundamento desse mesmo ato, pode a própria existência da prática do homicídio a pedido resultar na perda dos valores que elencam a própria definição da dignidade, no sentido em que se o ser humano é o maior valor, pode a faculdade da eutanásia diminuir o valor da vida humana?

A dignidade e indignidade da vida é um conceito subjetivo, na medida em que pode adquirir significados distintos de pessoa para pessoa. Basear a validação de um pedido de morte, um pedido que leva a uma situação irreversível, num conceito tão subjetivo é um argumento contrário à prática da eutanásia (CNECV, 2018).

Os Problemas Éticos da Eutanásia: Reflexão Crítica

O problema ético que se coloca é, sobretudo, sobre a ponderação do valor do respeito pela autonomia.

Esta consideração, levou-nos a examinar as duas interpretações mais plausíveis da autonomia como um valor na área da saúde, tendo em apreciação que nenhuma das interpretações fornece uma razão suficientemente convincente para que todos os pedidos de Eutanásia estejam incorretos. Tal como, não significa que os pedidos

de Eutanásia devam ser respeitados, nem acreditamos que devam ser efetuadas mudanças estruturantes na legislação Portuguesa ou Europeia, sendo que, o nosso objetivo é demonstrar que os argumentos baseados na autonomia contra a Eutanásia não estabelecem que essas práticas, estão necessariamente erradas (Sjöstrand, Helgesson, Eriksson, & Juth, 2011).

Ademais, a pluridimensionalidade do conceito de dignidade humana torna a mesma de difícil concretização, contudo embarcaremos pelo ponto de vista da dignidade como fundamento da autonomia do indivíduo.

A Eutanásia tem por base o valor fundamental da dignidade humana assente nas suas raízes, pois proporciona, um processo de terminação do sofrimento do paciente, procurando com o mesmo, impedir a degradação insustentável da sua qualidade de vida ou tratamentos dolorosos que prolonguem a sua vida contra a sua vontade ou desejo. Este princípio assenta na autodeterminação da gestão pessoal, constituindo um bem jurídico em conjunto com a integridade física e a própria vida (Sobral, 2014).

A discussão entre argumentos favoráveis e contra a eutanásia não tem resposta correta. Temos de ter em conta a autonomia da pessoa, é certo, mas apenas a autonomia é redutor: a vontade da pessoa, que se consubstancia no pedido, deve ser reiterada, expressa, livre e esclarecida e a sua decisão autónoma e revogável a qualquer momento, devendo a vontade da pessoa ser respeitada em todos os momentos até à sua morte (Semedo, 2018).

Segundo o CNECV, a atual discussão sobre a eutanásia, nomeadamente a proposta legislativa que levou a que se pronunciasse, assenta na “valorização superlativa do princípio ético do respeito pela autonomia” em relação aos outros princípios e valores em confronto. Para além disso, é muito difícil conceber a existência de um método

que consiga avaliar, de forma objetiva, se a vontade manifestada no pedido é livre de qualquer coação e esclarecida, sem que se torne num processo lento e burocrático (CNECV, 2018, p. 5).

João Semedo (2018), afirma que «matar» a pedido em circunstâncias muito específicas e definidas por lei, poderá tornar-se um imperativo humanitário no futuro, podendo passar a ser um procedimento médico, tendo em conta o benefício do doente.

No entanto, atualmente, ainda não é um procedimento regular da sua atividade profissional, violando princípios e deveres das *leges artis* expressos no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que no seu art.57º, n. º2, proíbe a prática da eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia.

Também o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros conforma a inviolabilidade da vida, quando no art.103º, em especial na alínea a), refere: “O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;”.

Os defensores da eutanásia referem que existe um direito a morrer ou um direito a escolher a forma de morrer como liberdade elementar do indivíduo, por outras palavras, um direito a viver dos seres humanos em que estes podem, em situações de grande sofrimento e sem esperança de cura, pôr fim a esse direito através da formulação de um pedido, pedido que reitera um querer morrer da mesma forma como se viveu: lúcido e em pleno uso das suas faculdades mentais (Semedo, 2018).

Para além de um ónus a terceiro, seja um profissional de saúde ou, em última instância, ao próprio Estado, ao qual caberia a validação, efetivação e garantia do exercício deste direito que, em 2018 no nosso ordenamento jurídico não configura base legal.

O que faz questionar o papel do Estado sobre as garantias dos direitos e da dignidade humana aos seus cidadãos, na medida em que “*O Estado tem a obrigação de assegurar o acesso a cuidados em fase terminal da vida a quem deles necessite e os queira receber, de um modo universal, quer em instituições de saúde, quer no domicílio*” (CNECV, 2018, p. 6).

No entanto, essa oferta universal de cuidados em fase final de vida não existe, seja por escassez de recursos, seja por falta de vontade governativa e deveria ser assegurada a todos os cidadãos que dela necessitem.

A ser implementada, neste momento, a eutanásia em Portugal, verificamos que uma pessoa com “sofrimento insuportável” que perceciona que vive de forma indigna, tem o seu leque de opções limitado quanto a escolhas: poderia escolher morrer “de forma digna” como afirmam alguns autores, com as condições promovidas pelo Estado, se o seu pedido fosse aceite, ou esperar por soluções ou mesmo pelo acesso às Unidades de Cuidados Paliativos, que não chegam para a procura – não sendo esta uma verdadeira escolha, ficando o processo inquinado à partida. A aposta na oferta universal de cuidados paliativos parece ser o caminho de forma a permitir aos cidadãos ter verdadeiras opções no que diz respeito ao fim de vida (CNECV, 2018).

Conclusão

“Quando alguém não pode escolher, deixa de ser humano”, afirma Anthony Burgess na sua obra *Laranja Mecânica*. Mas a questão que colocamos neste artigo é se escolher a forma de morrer, como e quando morrer cabe realmente a quem tem o direito de viver. Durante séculos, os preceitos religiosos nortearam a morte e os seus ritos, bem como as vivências da mesma. Os judaico-cristãos, por exemplo, creem na dor e no suplício em ordem de ascender aos céus e ganharem um canto no paraíso, condenando o suicídio.

Atualmente, essa visão estará, na sociedade ocidental, ultrapassada, com a crescente laicização dos estados e com o fortalecimento dos princípios da autonomia da pessoa humana, da liberdade e da dignidade humana.

Depois de países como a Holanda e a Bélgica (entre outros), permitirem a eutanásia, o debate sobre a morte a pedido está na ordem do dia, principalmente em Portugal, onde este ano esta questão foi discutida profundamente tanto a nível parlamentar como na opinião pública.

Depois da análise de argumentos éticos favoráveis e desfavoráveis, consideramos que a questão é polémica e muito pessoal – não há argumentos inválidos, ambas as partes têm pontos que têm acolhimento nos nossos valores enquanto indivíduos e enquanto pessoas.

É impossível não ficar sensibilizado com casos concretos em que consideramos a hipótese da eutanásia poder ser considerada a melhor opção.

No entanto, todas as considerações éticas, deontológicas, processuais e jurídicas aqui apresentadas fazem-nos duvidar se, de facto, esta solução é neste momento viável no nosso país e se a aposta na universalidade dos Cuidados Paliativos como prioridade não deverá ser o caminho a seguir para que hajam, efetivamente, escolhas a ponderar em final de vida.

A ampliação do debate e a discussão pública devem continuar devendo as pessoas ser esclarecidas dos princípios e conceitos em questão, procurando o consenso na sociedade portuguesa sobre este tema controverso.

Referências

Castro, M. P., Antunes, G. C., Marcon, L. M., Andrade, L. S., Rückl, S., & Andrade, V. L. (maio e agosto de 2016). *Eutanásia e*

- suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. Obtido de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S1983-80422016000200355&lng=pt&tlng=pt
- CNECV. (5 de março de 2018). *Parecer Nº101/2018 sobre o Projeto de Lei Nº 418/XIII/2ª "Regula o acesso à morte medicamente assistida"*. Obtido em 2 de dezembro de 2018, de Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1520844932_P%20101_CNECV_2018.pdf
- CNECV, C. N. (5 de janeiro de 1999). REFLEXÃO ÉTICA SOBRE A DIGNIDADE HUMANA - Documento de Trabalho 26/CNECV/99. Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido em 26 de dezembro de 2018, de http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf
- Dantas, A. A., Martins, C. H., & Militão, M. S. (2011). O Cinema como Instrumento Didático para a Abordagem de Problemas Bioéticos: uma Reflexão sobre a Eutanásia. (R. B. MÉDICA, Ed.) Uberlândia, Brasil. Obtido em 2 de dezembro de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a10v35n1>
- Gonçalves, J. A. (2009). *A Boa-Morte - Ética no fim da vida* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Coisas de Ler. Obtido em 28 de 11 de 2018
- Horta, M. P. (1999). Eutanásia - Problemas éticos da morte e do morrer. (R. Bioética, Ed.) Brasília, Brasil. Obtido em 2 de dezembro de 2018, de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/290/429
- Jordaan, D. W. (2017). *Human dignity and the future of the voluntary active euthanasia debate in South Africa*. Obtido de South African Medical Journal: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/11893/8055>
- Lepargneur, H. (1999). Bioética da Eutanásia- Argumentos éticos em torno da eutanásia. 7(1). São Paulo, Brasil: Revista Bioética. Obtido em 2 de dezembro de 2018, de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/292/431
- Miranda, J. (2000). *Manual Direito Constitucional - Tomo V* (2ª ed.). Coimbra: Coimbra Editora.
- Parlamentar, D. d. (abril de 2016). *Eutanásia e Suicídio Assistido*. Obtido de Assembleia da República: https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/Eutanasia_Suicidio_Assistido_1.pdf
- Santos, S. C. (2011). *Eutanásia e suicídio assistido*. Obtido de Estudogeral: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19198/1/SANDRA%20CRISITNA.pdf>
- Semedo, J. (2018). *Morrer com dignidade: a decisão de cada um* (1ª ed.). Lisboa, Lisboa, Portugal: Contraponto. Obtido em 26 de dezembro de 2018
- Silva, A. P. (07 de 02 de 2011). *EUTANÁSIA: PRÓS E CONTRAS DE UMA LEGALIZAÇÃO EM PORTUGAL*. Obtido de Repositório Universidade do Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7280>
- Silva, R. S., Evangelista, C. L., Santos, R. D., Paixão, G. P., Marinho, C. L., & Lira, G. G. (setembro a dezembro de 2016). *Perception of intensive care nurses in regional hospital on dysthanasia, euthanasia and orthothanasia*. Obtido de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S1983-80422016000300579&lng=en&tlng=en
- Singer, P. (2000). *Ética Prática* (1ª ed.). (Á. A. Fernandes, Trad.) Lisboa: Gradiva. Obtido em 28 de 11 de 2018
- Sjöstrand, M., Helgesson, G., Eriksson, S., & Juth, N. (08 de dezembro de 2011). *Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique*. Obtido de Springer: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11019-011-9365-5.pdf>
- Sobral, A. M. (julho de 2014). *O DIREITO AO TESTAMENTO VITAL: LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA?* Obtido de Repositório da Universidade Autônoma de Lisboa: <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/643/1/O%20Direito%20aoTestamento%20Vital%20-%20Legaliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Eutan%C3%A1sia.pdf>

Interrupção Voluntária da Gravidez: perspetiva bioética

Voluntary Termination of Pregnancy: bioethical perspective

Ana Margarida Pina e Susana Morais *

* Discentes do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

A Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) foi despenalizada em Portugal em 2007, permitindo que a mulher possa recorrer a este procedimento até às 10 semanas de gestação. A Lei nº16/2007 de 17 de abril, veio então despenalizar aquilo que já era realizado noutros países. Sendo um tema que levanta várias questões e sendo alvo de várias perspetivas, a Bioética aborda a IVG em duas vertentes: o respeito pela autonomia e o valor da vida humana. Em Enfermagem torna-se um tema importante, visto que, para além de poder ser contra os valores/ideais pessoais de cada enfermeiro, os enfermeiros precisam de saber as formas como devem agir perante uma situação de IVG.

Palavras-chave: Interrupção Voluntária da Gravidez; Bioética; Enfermagem;

Abstract

In Portugal, the decriminalization of the Voluntary Interruption of Pregnancy (IVG) took place in 2007, this allow the woman to resort to IVG, until 10 weeks of gestation. This law nº16/2007 of April 17, came to decriminalize what was already done in other countries. Being an issue that raises several questions and being the target of several perspectives, Bioethics addresses this issue, referring to the respect for the autonomy and value of human life. In Nursing becomes an important topic, since, in addition to being able to be against the personal values / ideals of each nurse, the nurses need to know the ways in which they should act before a situation of IVG.

Key words: Voluntary Termination of Pregnancy; Bioethics; Nursing

Introdução

A realização deste artigo surge com o objetivo de realizar uma revisão bibliográfica de modo a aprofundar, de uma perspetiva Bioética, o tema da IVG. Este tema foi escolhido, por um lado, por ser alvo de bastantes debates e opiniões diversas e, por outro por ser uma temática atual com que bastantes profissionais de saúde se deparam.

A Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) foi despenalizada em Portugal em 2007, após a publicação da Lei 16/2007 de 17 de abril, permitindo que as mulheres tenham acesso a uma interrupção de gravidez segura (DGS, Interrupção Medicamentosa da Gravidez, 2007). A prática ilegal

desta interrupção punha em risco a vida das mulheres por ser realizada sem condições controladas. Em contrapartida, a IVG ocorre sem que se comprometa a saúde da mulher ou do embrião/feto (Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011).

Sendo um tema que suscita diversas discussões éticas, sociais e políticas, a IVG é um direito da mulher, apesar da controvérsia em que está envolvida. A opinião de cada um depende dos valores pessoais e culturais o que também é aplicável aos Enfermeiros.

De acordo com os pressupostos apresentados, foram definidos os seguintes objetivos: Explicar o que é a Interrupção Voluntária

da Gravidez; Apresentar a legislação em vigor em Portugal; Apresentar os dados estatísticos relevantes; Descrever o procedimento; Analisar o tema do ponto de vista da Bioética; Abordar o papel do Enfermeiro neste procedimento; Realizar uma reflexão acerca da temática.

Legislação em Portugal

A legislação portuguesa tem vindo a ser alterada de modo a garantir uma maior proteção da saúde da mulher, através da disponibilização do apoio necessário para uma tomada de decisão livre, informada e esclarecida e o acesso a serviços especializados.

Os diversos diplomas refletem um desenvolvimento da legislação referente à IVG, excluindo a ilicitude, através do aumento do tempo de gestação permitido para efetuar a interrupção. Desta forma, a legislação que tem vindo a ser produzida garante uma maior proteção dos direitos da mulher e do respeito pela sua dignidade (Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011).

Na década de 80 surge a primeira legislação sobre a IVG, excluindo a ilicitude à sua prática em apenas algumas situações: risco de vida materna (até às 12 semanas); risco de implicações psicológicas ou físicas (até às 12 semanas); violação (até às 12 semanas); malformações fetais (16 semanas).

Em 1997, com a aprovação da Lei 90/97, foram alargados alguns prazos, nomeadamente para 24 semanas em situações de malformações fetais e para 16 semanas no caso de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual (CNECV, 2011).

Em 2007, através da Lei número 16/2007 de 17 de abril, foi alargada a “exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez”, referindo-se que:

- Não é punível a IVG efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento

de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida até às dez semanas de gravidez, e se houver motivo para prever que o bebé irá nascer com alguma doença ou malformação congénita incurável até às 24 semanas. Caso o feto seja inviável a interrupção não tem um prazo definido para ser efetuada;

- O consentimento é prestado por representante legal, em caso da mulher grávida ser menor de dezasseis anos ou psiquicamente incapaz. No caso de maiores de dezasseis anos o consentimento, sempre que possível, é entregue pela mulher com antecedência mínima de três dias relativamente à data de intervenção. É necessário um período de reflexão não inferior a três dias a partir da data da realização da primeira consulta;
- Os estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, devem garantir, em tempo útil, a realização da consulta obrigatória (Assembleia da República, 2007).

É importante referir que despenalizar a IVG, não significar torná-la legal nem liberalizada. Legalizar significa que a IVG deixa de ser vista como um crime e liberalizar torna a mulher com competência para decidir se o quer fazer, quando, como e onde, independentemente do tempo de gestação (Aspectos Jurídicos do Aborto, s.d.).

A despenalização retira a pena direcionada ao ato, sendo que a mulher deixa de ser punida e julgada, mas não torna o ato com validade jurídica (Gafo, 1996).

Dados Estatísticos

“Portugal tem-se situado sempre abaixo da média europeia considerando o indicador IG por 1000 nados vivos”, relativamente ao total de IVG despenalizadas, sendo que em 2016 realizaram-se

7,2 IVG por cada 1000 mulheres em idade fértil (15-49 anos) (Direção Geral de Saúde, 2017).

As IVG por opção da mulher nas primeiras 10 semanas são cerca de 96,6% do total das IVG.

O segundo motivo mais frequente é “grave doença ou malformação congénita do nascituro” (Direção Geral de Saúde, 2017).

Os dados estatísticos relativos aos três anos seguintes à publicação da lei de 2007 (de 2008 a 2010) demonstram que as IVG estabilizaram “num patamar de 20.000” IVG por ano.

Relativamente à repetência das IVG, em cada ano, mais de 20% das mulheres que fez uma IVG já tinha realizado IVG nesse ano. Em relação a este dado numa perspetiva geral, no ano de 2010, o número de IVG baixou e o número de repetências aumentou (CNECV, 2011).

Em 2016, 30% das mulheres que realizaram a IVG já o tinham feito anteriormente, uma ou mais vezes.

Mais recentemente e em relação a 2016 houve um total de 15959 IVG, ocorrendo uma diminuição de 4,2% comparativamente ao ano anterior (Direção Geral de Saúde, 2017).

Realização do Procedimento

O procedimento da IVG pode ser realizado nos estabelecimentos de saúde oficiais e nos estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos. O consentimento para a sua realização pode ser prestado pela mulher grávida ou pelo seu representante legal (Ministério da Saúde, 2007).

O procedimento inicia-se com uma consulta prévia à IVG, obrigatória, que deve ser marcada nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos. Esta consulta tem como objetivos: Que a mulher exponha a sua intenção de interromper a gravidez; Determinar o tempo de

gestação; Dar a conhecer os métodos anticoncecionais que mais se adequam; Entregar à mulher um impresso de Consentimento Livre e Esclarecido (que será entregue ao médico até ao dia da IVG); Dar à mulher três dias de reflexão, entre a consulta prévia e a interrupção da gravidez. No final da consulta, marca-se a data e local onde se irá proceder à IVG (Patrão, King, & Almeida, 2008).

O método

A IVG é possível através de duas metodologias: o método medicamentoso e o método cirúrgico (Patrão, King, & Almeida, 2008):

- **Método Medicamentoso**

Tem provado ser seguro e eficaz (até às 9 semanas), com resultados equivalentes aos dos métodos cirúrgicos. É recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através da associação de *mifepristone* (que se liga aos recetores da progesterona e inibe a sua ação) e *misoprostol* (análogo sintético da prostaglandina) (DGS, 2007).

Caso a mulher decida continuar com a gravidez, após ter tomado os medicamentos, não é garantido que não haja riscos para o embrião/feto (DGS, 2007).

- **Método Cirúrgico**

O método cirúrgico aconselhável é a aspiração por vácuo, com uma taxa de sucesso de 95% a 100%, que vem substituir a dilatação e a curetagem. A aspiração, está então aconselhada a partir das 6 semanas de gestação e pode durar entre 3 a 10 minutos (dependendo da idade gestacional) (DGS, 2007).

A Interrupção Cirúrgica da Gravidez pode ser realizada sob anestesia geral ou local, dependendo da situação e da opinião médica. Na consulta prévia é prescrita uma medicação

de preparação do colo útero, que deverá ser usada no dia da intervenção. Este medicamento torna o colo do útero mais mole e dilatado, facilitando a intervenção. No entanto, poderão ocorrer perdas de sangue (Patrão, King, & Almeida, 2008).

Após a IVG, é realizada uma consulta de controlo. Se a IVG for realizada através de medicamentos, deve ser marcada uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar no hospital ou centro de saúde, 14 a 21 dias após o procedimento, de forma a assegurar que o método foi eficaz e não há necessidade de intervenção complementar (DGS, 2007).

Se o método for cirúrgico, não é necessária uma consulta de controlo, mas é marcada uma de planeamento familiar (Patrão, King, & Almeida, 2008). É indicado à mulher que deverá ir aos serviços de saúde caso apresente dores fortes, hemorragias prolongadas e febre (DGS, 2007).

O papel do Enfermeiro na IVG

De acordo com o artigo 97º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), o Enfermeiro deve “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” e, segundo o artigo 103º do EOE, assume ainda o dever de “Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” (Assembleia da República, 2015).

As convicções e sentimentos contraditórios levantam dificuldades por parte dos profissionais em lidar com as questões da IVG. Desta forma, cabe ao Enfermeiro, como profissional de saúde: fornecer respostas sobre a contraceção e o planeamento familiar (consultas de planeamento familiar), “permitindo reduzir o número de gravidezes indesejadas”; estar preparado para gerir situações

de aborto ilegal; oferecer cuidados após a IVG (planeamento familiar) (CNECV, 2011).

Perante uma situação de potencial IVG, o Enfermeiro tem um papel importante em todo o processo. Antes da IVG o Enfermeiro deve fazer a anamnese: recolher o nome, idade, verificar idade gestacional, esclarecer dúvidas, entre outros. Já durante a IVG o Enfermeiro deve monitorizar o quadro clínico da pessoa, vigiar alterações, apoiar, não julgar e permitir que a utente exponha os seus medos.

Após a IVG o Enfermeiro deve ensinar sobre os cuidados ligados à recuperação, fazer um acompanhamento da pessoa, orientar para a importância de usar métodos contraceptivos (Correia, 2015).

O Enfermeiro tem direito à objeção de consciência, de acordo com o artigo 96º, nº2, alínea e) do EOE, mas torna-se com o dever, segundo o artigo 113º do EOE, de “proceder segundo os regulamentos internos da Ordem que regem os comportamentos do objetor, de modo a não prejudicar os direitos das pessoas.” (Assembleia da República, 2015). Neste caso, apesar de não ser a favor da IVG, o Enfermeiro mantém o dever de prestar informações objetivas, sem demonstrar juízos de valor e de reencaminhar a mulher para outro profissional de saúde, independentemente das suas convicções éticas, morais ou religiosas (Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011).

Perspetiva Bioética

A discussão ética acerca da IVG engloba a preocupação pelos princípios do respeito pela vida humana e o respeito pela autonomia. A atribuição do estatuto moral à vida humana intrauterina apresenta uma perspetiva biológica do desenvolvimento humano. Contudo, esta atribuição pretende identificar quando é que o respeito pela vida humana deve ser deferido ao embrião, visando reconhecer o seu valor (Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011).

É importante abordar os direitos do embrião/feto, principalmente o direito à vida. Não há um consenso acerca da definição de pessoa (início da vida humana).

Os autores abordam diferentes perspetivas. Alguns consideram que o embrião é apenas um “aglomerado de células” desprovido de dignidade e de direitos. Outros autores consideram que o embrião deve ser respeitado (apesar de não ser absoluto), pela capacidade que tem de se tornar num ser humano. Existe ainda a opinião de que o embrião é provido de dignidade, sendo que este não deverá ser “destruído de forma voluntária” (Sequeiro & Bento, 2013, p. 50).

Um argumento contra a IVG é o direito à vida do embrião. O embrião tem, então, direitos que devem ser protegidos e desta forma atribuída a dignidade que lhes é inerente. A Declaração Universal dos Direitos do Homem enuncia no artigo 3º que “todo o individuo tem direito à vida” e a Constituição da República Portuguesa (que protege o embrião, mas não lhe atribui proteção do direito à vida) refere no artigo 24º que “a vida humana é inviolável”, contudo não fazem referência à vida intrauterina.

A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, remete no artigo 18º para a proteção do embrião (Sequeiro & Bento, 2013). Já de acordo com o artigo 66º do Código Civil, o embrião/feto só adquire personalidade jurídica no momento do nascimento (Ministério da Justiça, 1966).

Um argumento a favor da IVG é o direito da mulher à autonomia, visto que a mulher tem o direito a controlar o seu próprio corpo e de fazer as suas próprias escolhas (Meireles, 2008).

A IVG envolve duas entidades: a mãe e o embrião/feto. A mulher tem o direito de escolher o que fazer, tendo de ser respeitado o direito à autonomia, e o embrião/feto deve ser reconhecido como um novo ser humano, com direitos e

interesses, tendo assim direito à vida (Conselho Jurisdicional, 2002).

Assim sendo, entram em conflito: o Princípio da Autonomia, o Respeito pela vida humana, o Princípio da Beneficência, Não Maleficência, da Justiça e da Vulnerabilidade (Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011) .

As pessoas devem ser tratadas com autonomia e o utente deve ser dotado de razão, dignidade e é livre, sendo que desta forma torna-se responsável pelos procedimentos propostos em que consente.

O consentimento permite que a pessoa atinja a sua autonomia, sendo que este deverá ser informado, livre e esclarecido (Bessa, 2013). O respeito por este princípio obriga que sejam criadas as condições para que a mulher exerça a sua autonomia (Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011).

O facto de a IVG poder ser praticada em circunstâncias específicas, não a torna uma ação boa do ponto de vista ético, apenas confere autonomia aos casais (Conselho Jurisdicional, 2002).

O Princípio da Beneficência aborda que os Enfermeiros estão obrigados a fazer o bem aos utentes. Assim, se a intenção for promover o bem e algo de mal venha a acontecer, é justificada a situação. É em torno deste princípio que ocorrem grande parte dos conflitos éticos, visto que “o que constitui o bem para uma das partes envolvidas seja também o bem para outra das partes” (Correia, 2015, pp. 35,36).

Este princípio adequa-se à grávida, dado que ao respeitarmos a sua autonomia, estamos a “fazer o bem”, contudo põe em causa o direito à vida do embrião.

O Princípio da Não Maleficência defende que todos os profissionais de saúde, não devem infligir dano nem contribuir para algo que seja mau para as pessoas.

Os Enfermeiros, assim como os outros profissionais, devem ser competentes na prestação de cuidados e proporcionar um ambiente seguro, de modo a diminuir a probabilidade de acontecer algo mau aos utentes ou profissionais (Correia, 2015). Ao não infligir dano à mulher, estamos a infligir dano ao embrião. Sendo assim, este princípio adequa-se à mulher, pois esta poderá terminar a gravidez, conforme aquilo que deseja.

O Princípio da Justiça orienta o nosso pensamento para a equidade, igualdade e imparcialidade (Correia, 2015). É um princípio latente a ambas as entidades: por um lado à exclusão da ilicitude por parte da mulher a recorrer à IVG e por outro lado está o direito à vida do embrião.

Já o Princípio da Vulnerabilidade defende que os seres humanos não são iguais, em situações específicas, pelo que “é aceitável uma discriminação positiva a favor dos mais vulneráveis” (Bessa, 2013, p. 41). Este princípio adequa-se ao embrião, pois este encontra-se numa situação mais frágil por estar sujeito à interrupção da sua vida.

Reflexão e Conclusão

A realização deste trabalho foi importante, pois a IVG, como referimos anteriormente, é um tema com que os profissionais de saúde se deparam frequentemente que é complexo, origina bastantes debates e opiniões diversas.

Somos a favor da IVG, porque pudemos perceber que a sua concretização em situações em que não existem condições higiénicas e sanitárias tanto aumenta o risco de ameaça de vida da mulher como é um problema de saúde pública. Assim entendemos que existe a necessidade de despenalizar a IVG para proporcionar condições de segurança e dignidade para a mulher e diminuir o risco de consequências nefastas (CNECV, 2011).

Ainda assim, percebemos que uma das problemáticas da IVG é a sua recorrência dado que

esta situação ocorre maioritariamente em mulheres em situação mais vulnerável.

Estas recorrências estão “diretamente associadas com a estratégia de contraceção após a IVG” que é algo que nós consideramos que pode ser trabalhado por parte dos Enfermeiros. Devem ainda ser realizados ensinamentos e aconselhamento sobre a contraceção. Deve ainda ser promovida a melhoria ao seu acesso. Assim a recorrência da IVG é um aspeto que pode ser trabalhado e melhorado (CNECV, 2011).

Finalmente, consideramos importante respeitar os direitos da grávida nomeadamente o respeito pela sua autonomia e autodeterminação, reconhecendo que a sua despenalização trouxe aspetos positivos como a redução da morbilidade e mortalidade materna.

No entanto, também defendemos que deve ser melhorada a aposta na educação da população, onde os Enfermeiros têm um papel crucial, de forma a proporcionar um acesso facilitado ao planeamento familiar e assim evitar ao máximo a necessidade de recurso à IVG. Contudo, percebemos que ficam muitas questões por responder, como por exemplo “qual o estatuto do embrião/feto?”, por não haverem respostas concretas.

Em relação ao Enfermeiro, este é importante durante todo o procedimento e processo da IVG. Tem o dever de informar a mulher e respeitá-la, independentemente das suas convicções. Goza ainda de direito à objeção de consciência, garantindo o encaminhamento para outro profissional.

Referências

Aspectos Jurídicos do Aborto. (s.d.). Obtido de Aborto.com:
<http://www.aborto.com/legisla%C3%A7ao.htm>

- Assembleia da República. (17 de abril de 2007). Lei n.º 16/2007. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/519464>
- Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Lei nº156/2015. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/70309896/details/maximized>
- Bessa, M. (junho de 2013). A densificação dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso: a atuação do CNECV. Porto, Portugal. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71440/2/24891.pdf>
- Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). ABORTAMENTO: Enquadramento Legal, Deontológica e Perspetiva Ética. Portugal.
- CNECV. (2011). *As Leis da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e da Procriação Medicamente Assistida (PMA) - uma apreciação bioética*. Porto: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- Conselho Jurisdicional. (novembro de 2002). Parecer CJ - 35/2002 Enunciado de posição sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Portugal.
- Correia, C. (setembro de 2015). Intervenções de Enfermagem aos casos de Interrupção Voluntária de Gravidez no Hospital Baptista de Sousa. Mindelo, Portugal. Obtido de www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/4813/1/Carmizé%20Correia%202015.%20Intervenções%20de%20Enfermagem%20aos%20casos%20de%20IVG%20no%20HBS.pdf
- DGS. (21 de junho de 2007). Interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação. Portugal.
- DGS. (21 de junho de 2007). Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Portugal.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Relatório dos Registos das interrupções da Gravidez. Portugal. Obtido de <http://www.spdc.pt/spdc2017/images/i010421.pdf>
- Gafo, J. (1996). *10 Palavras Chaves em Bioética*. Coimbra: Verbo Divino.
- Meireles, L. (2008). Interrupção Voluntária de Gravidez: Considerações Gerais e Perspetiva Masculina. *Percursos*, 3-12.
- Ministério da Justiça. (1966). Código Civil. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34509075/view>
- Ministério da Saúde. (21 de junho de 2007). Portaria nº741-A/2007. Portugal.
- Patrão, I., King, G., & Almeida, M. (2008). Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo. *Notas Didáticas*, 26(2), 349-354. Obtido de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/artic/e/view/499/pdf>
- Sequeiro, I., & Bento, R. (julho-setembro de 2013). Estatuto do Embrião: O Início de Vida. *Percursos*(28), 43-55. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9264/1/Revista%20Percursos%20n28_Estatuto%20do%20Embri%C3%A3o%20-%20O%20In%C3%ADcio%20de%20Vida.pdf



[foto chão cidade viseu]

