



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

**RELATÓRIO
SOBRE O ESTADO DA APLICAÇÃO DAS NOVAS TECNOLOGIAS
À VIDA HUMANA
1995**

ÍNDICE

1. Introdução
 2. Reprodução Medicamente Assistida
 3. Experimentação no Embrião Humano
 4. Ensaio Clínicos e Comissões de Ética
 5. Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde
 6. Invenções Biotecnológicas e Patentes
 7. Transplantações de Órgãos e Tecidos
 8. Critério de Morte
 9. Cuidados Terminais e Eutanásia
- RECOMENDAÇÕES**

**RELATÓRIO
SOBRE O ESTADO DA APLICAÇÃO DAS NOVAS TECNOLOGIAS
À VIDA HUMANA**

1995

1. INTRODUÇÃO

Determina a alínea c) do art.º 2.º da Lei 14/90 de 9 de Junho que o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (adiante abreviadamente designado por CNECV) apresente *“anualmente ao Primeiro-Ministro um relatório sobre o estado da aplicação das novas tecnologias à vida humana e respectivas implicações de natureza ética e social, formulando as recomendações que tenha por conveniente”*.

Relatórios deste tipo foram apresentados em anos anteriores. O presente Relatório, sendo o último do actual mandato, procurará retomar temas versados anteriormente, referir os trabalhos do CNECV que se debruçaram sobre as diferentes matérias, aludir à legislação que, ouvido o CNECV, foi entretanto publicada, e emitir algumas recomendações. Estas últimas foram coligidas no final do Relatório para mais expedita leitura.

Note-se, no entanto, que os temas abordados no presente Relatório de modo nenhum esgotam a actividade do CNECV, tendo-se seleccionado para o presente texto apenas os problemas éticos que resultam da aplicação das novas tecnologias à vida humana. Temas como a SIDA, toxicodependência, consentimento informado ou utilização de cadáveres para investigação foram objecto de aprofundado estudo do CNECV e sobre eles foram emitidos Pareceres ou realizados Seminários públicos. No entanto, esses temas não serão referidos no presente texto por não se julgar que os correspondentes problemas éticos estejam relacionados com a aplicação de novas tecnologias.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Por outro lado, o presente Relatório refere-se não só à situação no nosso país, mas preocupa-se também com os principais movimentos éticos verificados no estrangeiro e que possam vir a ter repercussões entre nós.

2. REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

2.1. Aspectos Técnicos

Os aspectos técnicos mais relevantes surgidos recentemente têm a ver com a introdução da I.C.S.I. (Injeção Intra-citoplasmática de Esperma) como prática terapêutica corrente em quatro dos sete centros actualmente existentes.

Digno de registo o facto de dois centros serem inteiramente privados:

- Centro de Genética de Reprodução no Porto, tendo como Director Clínico o Prof. Alberto Barros.
- Clifer, Clínica de Infertilidade em Lisboa, tendo como Director Clínico o Prof. Pereira Coelho.

Os centros públicos que também deram início à prática de I.C.S.I. são o centro do H. S. João/Faculdade de Medicina do Porto e a Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa.

Neste contexto, devem-se destacar os resultados positivos, isto é, a obtenção de gravidezes clínicas, quase imediatamente conseguidas pelo Prof. Alberto Barros, comprovando os méritos terapêuticos atribuídos à nova técnica.

Por outro lado devem destacar-se dois aspectos importantes decorrentes da aplicação corrente da I.C.S.I.:

- A possibilidade de resolução da maioria dos casos de infertilidade masculina, com a conseqüente secundarização das inseminações com esperma de dador.
- i) A disponibilização dos recursos para o emprego da generalidade das técnicas da micromanipulação, nomeadamente da eclosão assistida e do diagnóstico pré-natal (D.P.N.) pré-implantatório.

Da mesma forma poderá começar a colocar-se com outra acuidade para os centros que executem micro-manipulação a necessidade de serem instituídos programas de criopreservação de embriões.

Não deixa de ser importante assinalar o facto de uma inovação tecnológica de maior transcendência no campo da RMA ter sido iniciada em dois centros privados. Sem querer aprofundar excessivamente as razões de uma ocorrência pouco usual entre nós, torna-se porém possível e desejável fazer duas referências não descabidas:

- a não disponibilização de recursos públicos para um sector muitas vezes considerado não prioritário;

a inevitável discriminação a que passarão a ficar sujeitos os casais com menos recursos económicos.

Uma referência particular para os casos, pouco numerosos, dos casais necessitando de dação de ovócitos. Tem-se constatado que perante a impossibilidade da sua realização em Portugal, os casais obrigados a deslocações ao estrangeiro têm deparado sistematicamente com o obstáculo insuperável da obrigatoriedade de apresentação de uma dadora "anónima".

2.2. Aspectos éticos

Desde as suas primeiras reuniões que o CNECV se preocupou com a necessidade de preparar, por iniciativa própria, um Parecer sobre os aspectos éticos da RMA. O tema foi amplamente debatido durante o ano de 1992. Em Janeiro e Fevereiro de 1993 foi solicitada a audição, para esse debate, dos Directores Clínicos dos Centros de RMA. Verificou-se que, entre esses Directores Clínicos, existe unanimidade quanto à maior parte dos aspectos éticos da RMA, mas que, no respeitante a algumas questões particulares, há divergência de opiniões, o que não é de surpreender em face de idêntica controvérsia internacional.

Depois de numerosas reformulações, o CNECV aprovou, por maioria, o seu "Relatório-Parecer sobre Reprodução Medicamente Assistida" (3/CNE/93) com data de 10



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

de Fevereiro de 1993 (ver anexo I). Depois de uma Introdução, de uma secção de esclarecimentos técnicos e da apresentação do contexto sócio-familiar português, este Parecer fornece e desenvolve princípios gerais de fundamentação ética, que em seguida aplica às técnicas de RMA. Conclui que estas técnicas são eticamente aceitáveis quando aplicadas a casais heterossexuais com garantias de estabilidade e em que não seja possível obter, por outros meios, a superação da infertilidade. Exige que as técnicas de RMA sejam praticadas exclusivamente em centros de reconhecida idoneidade com aceitáveis perspectivas de êxito, que os beneficiários prestem um consentimento inteiramente esclarecido e sejam psicologicamente acompanhados antes e durante a aplicação das técnicas. Exclui a legitimidade da inseminação “*post-mortem*”, do recurso a mães de substituição, criação de embriões só para fins de investigação, clonagem, transferência de embriões humanos para o útero de outras espécies, fusão interespecífica de gâmetas ou embriões e outras formas de instrumentalização do processo reprodutivo. Quanto às duas questões controversas da RMA heteróloga e da utilização de embriões excedentários para outros fins que não sejam a sua transferência para a mulher que para eles contribuiu, o Parecer não as julga eticamente aceitáveis.

O Bastonário da Ordem dos Médicos apresentou uma declaração de voto que, com base no Parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos, apoia o Parecer 3/CNE/93 (ver anexo I).

A vasta maioria das citadas conclusões desse Parecer parecem também ser aceites e praticadas por todos os Centros de RMA. Apenas quanto às duas citadas questões controversas existe disparidade de reacções.

Cinco dos sete centros de RMA, representando mais de 75% dos casais tratados consideram inaceitavelmente restritivas e desajustadas da realidade, as orientações propostas pelo CNECV para essas duas questões particulares.

Depois de um curto período de expectativa e perplexidade, esses centros decidiram continuar a pautar a orientação das suas condutas médicas segundo os parâmetros éticos e deontológicos anteriormente definidos.

Estes princípios estão claramente definidos nas respostas dadas pelos responsáveis das equipas atrás citadas ao inquérito realizado pelo Grupo de Trabalho para o Estudo da Medicina Familiar, Fertilidade e Reprodução Humana.

Os dois citados pontos de discordância ressaltam mais nitidamente nas perspectivas do CNECV e dos centros atrás aludidos.

O problema dos embriões excedentários – torna-se claro para aquelas equipas que pretendem tratar as esterilidades idiopáticas e os factores masculinos por Fertilização “In Vitro” a inevitabilidade de pontualmente se obterem embriões supra-numerários. Mais claramente, a noção de apenas inseminar um número de ovócitos próximo ou idêntico ao número de embriões a transferir é uma hipótese que, para essas equipas, poderá no limite aplicar-se, apenas e exclusivamente, aos factores tubários com comprovada capacidade fecundante do esperma. No entanto, duas das equipas defendem que é possível evitar sempre a formação de embriões supra-numerários e pautam por essa norma a sua prática.

- i) Dação de gâmetas – embora com uma menor convergência de pontos de vista, cinco das sete equipas consideram importante não negar aos casais que o desejam e dele necessitam o recurso a gâmetas doados.

Nessa ordem de ideias o Centro de Genética da Reprodução do Prof. Alberto Barros no Porto retomou a actividade temporariamente interrompida, do banco de esperma nele existente. Comprovadamente, quatro dos centros de RMA existentes no país recorrem aos serviços do banco do Prof. Alberto Barros quando necessitam do seu apoio para a realização de inseminações com esperma de dador.

A inexistência de qualquer programa de dação de ovócitos radica antes de mais no reconhecimento da maior dificuldade em garantir o anonimato e em angariar dadores



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

também “anónimos”. Acresce o reconhecimento das implicações jurídicas que a quebra eventual do sigilo poderia originar.

Tem sido norma indiscutível a recusa em admitir a possibilidade de gravidez em mulheres pós-menopáusicas de idade avançada, o que além do mais pressupunha o funcionamento de programas de dação de ovócitos actualmente inexistentes.

Também a totalidade de centros tem recusado a utilização de mães portadoras.

2.3. Aspectos Jurídicos

Continua a existir uma quase total ausência de legislação, regulando especificamente a prática da Reprodução Medicamente Assistida em Portugal.

Tanto quanto é do conhecimento público não terão surgido, até ao momento, quaisquer questões jurídicas suscitadas por esta actividade médica.

Contudo, os poderes públicos terão sentido a necessidade, que se presume preventiva, de intervir nesta área, tendo essa intenção dado origem à “Comissão para o Enquadramento Legislativo das Novas Tecnologias” a que deu posse, em 12 de Maio de 1986, o então Ministro da Justiça Dr. Mário Raposo. Essa Comissão, a que pertenciam três dos actuais membros do CNECV, apresentou, em 28 de Julho de 1987, um Projecto de Lei sobre Utilização de Técnicas de Procriação Assistida, um projecto de Regulamento dos Centros de Procriação Assistida e um Projecto sobre um Conselho Nacional de Bioética a instituir. Estes documentos foram publicados pelo Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, mas nunca chegaram a ser apresentados à Assembleia da República.

Há cerca de dois anos, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Projecto de mais um diploma a apresentar à Assembleia da República.

A divulgação, embora restrita, desse documento, causou a maior preocupação e desacordo no seio de algumas equipas de RMA.

O movimento de contestação desencadeado levou à realização recente sob a égide da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, de um encontro de representantes de todos os centros de RMA.

Nesse encontro foi assumido com preocupação o risco de ser publicada à revelia dos intervenientes mais directos e interessados, em especial dos utentes, legislação excessivamente restritiva e desajustada.

Fez-se particularmente notar que pouco ou nada foi feito pelo poder público no sentido de consultar os cidadãos e de promover o amplo debate prévio preconizado, entre outros, pelo CNECV.

Foi nomeado um grupo de trabalho destinado a preparar um documento a apresentar à Comissão da Saúde da nova Assembleia da República.

Na reunião aludida foi veementemente reiterada a necessidade de promover um Registo Nacional de Dados relativos à prática de RMA, de molde a possibilitar uma efectiva avaliação de qualidade. Têm sido aliás os centros de RMA os principais promotores desta conduta destinada à demonstração duma transparência de actuação a que não se têm jamais furtado.

Em 20 de Julho de 1995 o CNECV recebeu, do Ministério da Saúde, um projecto de proposta de lei que visa regular as técnicas de procriação medicamente assistida. O CNECV ainda se debruçou sobre esta matéria, mas não lhe foi possível ultimar um parecer antes das eleições legislativas.

3. EXPERIMENTAÇÃO NO EMBRIÃO HUMANO

A questão da liceidade da experimentação no embrião humano é relativamente recente, e vários são os motivos do interesse que tem suscitado e a levam a ser equacionada. Em primeiro lugar, como é evidente, só mereceu ser considerada a partir do momento em que as tecnologias de reprodução medicamente assistida conduziram à fecundação realizada *in vitro*, à manutenção, nestas condições, de embriões viáveis durante



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

alguns dias, e à sua preservação por muito longos períodos graças à crioconservação. Acresce ainda a circunstância dos métodos mais usados implicarem a existência de embriões excedentários (ou supranumerários), ou seja, de embriões não implantados nem provavelmente implantáveis na mãe (devido ao êxito obtido com implantação prévia, ou por desistência de novas tentativas, etc.) e cujo destino último só poderá ser a dação a outra mulher (adopção *in útero*), o descongelamento e morte ou o emprego em experimentação.

Por outro lado, a medicina moderna considera indispensável o recurso à experimentação no e com o Homem, reconhecendo embora os seus limites éticos, dado que não é possível um verdadeiro progresso sem a prática de tal experimentação. Todavia, encontrando-se ao serviço da vida e da saúde humanas, a medicina exclui qualquer tipo de experimentação que seja lesivo da vida e dignidade do sujeito do ensaio, que não seja aceite através de um consentimento esclarecido ou que, não tendo qualquer vislumbre de benefício possível para o sujeito, vise unicamente um resultado académico-científico. Por estas razões, exclui da condição de sujeitos da experimentação as crianças e os incapazes, mas também os que não dispõem de autonomia e liberdade, como p. ex., os detidos em estabelecimentos prisionais ou aqueles que dependem hierarquicamente do cientista investigador.

Tais normas, contidas na Declaração de Helsínquia, magna carta da experimentação no Homem, posteriormente revista e aumentada pela instituição que lhe deu origem, a Associação Médica Mundial, são de aceitação universal e presidem a todos os protocolos investigacionais que vão ser sujeitos a apreciação por Comissões de Ética.

Estes princípios tornam, *a priori*, inaceitável toda e qualquer experimentação no embrião humano, pese embora ao custo científico de tal proibição, uma vez que a ciência não é um valor superior aos da vida e dignidade humanas. De facto é impossível obter o consentimento esclarecido do sujeito (o embrião); a sua fragilidade e dependência total dão-lhe direito a especial protecção. Parecem inescapáveis estas conclusões, se o embrião humano for entendido como pessoa e se lhe for atribuído esse estatuto.

Nesta óptica, é claro que o consentimento dado pelos pais (ou apenas pela mãe) é desprovido de validade, já que ninguém pode dispor da vida de outrem, mesmo que se trate de um filho (conhecidos limites do poder paternal); ora, como se sabe, o embrião sujeito a experimentação não poderá já ser implantado, o que equivale a dizer que toda a experimentação no embrião é destrutiva. Esta posição de defesa do embrião e de proibição da experimentação tem sido a adoptada por muitas entidades e encontra-se reflectida nos documentos emanados da Associação Médica Alemã e da Ordem dos Médicos Nacional (vide *Revista da Ordem dos Médicos*, n.º 7, pp. 10-12, 1986). Idêntica posição toma o art.º 27.º da proposta de lei sobre técnicas de procriação medicamente assistida, apresentada pelo Ministério da Saúde em Julho de 1995, ao estabelecer: “É proibida a criação ou utilização de embriões para fins de investigação, salvo se esta tiver como finalidade o benefício do próprio embrião”.

Nem todos, porém, pensam assim; e em alguns países (v.g. Reino Unido, Espanha) a lei prevê expressamente a possibilidade de realização de experimentação no embrião humano, até aos 14 dias após a fecundação, por se entender que até essa altura não há garantias de individuação nem formação do esboço de sistema nervoso central, formação essa que seria identificável com a natureza de pessoa humana. Deve, porém, notar-se que se proíbe terminantemente a implantação, no útero, de embriões que foram sujeitos a experimentação. Outros países, como os Estados Unidos, encarregaram comissões de cientistas e especialistas em ética de elaborarem recomendações; neste país a conclusão maioritariamente alcançada foi a de que o embrião humano merece respeito, mas em menor grau do que o feto e este em menor grau do que o recém-nascido, sendo admissível a realização de experiências até aos 14 dias, *in vitro*. O Presidente, porém, proibiu a concessão de fundos a toda e qualquer experimentação realizada no embrião, mesmo que aprovada por uma comissão de ética e a realizar no prazo citado.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

O projecto de Convenção Europeia de Bioética, discutido no Parlamento Europeu, não define o embrião como pessoa, mas refere-o como sede de vida humana e merecedor de respeito; a referência à sua eventual utilização, nos países em que a legislação o permita, para fins experimentais deve ser suprimida, de acordo com a recomendação do Parlamento à Comissão (CDBI) encarregada da redacção da Convenção.

Este é o quadro em que deve ser apreciada a questão de uma eventual intervenção legislativa, no nosso País. É certo que a Constituição estatui que “a vida humana é inviolável, mas o vencimento, por maioria, no Tribunal Constitucional da tese de que a lei despenalizadora do aborto, em certas condições, não ofende o princípio constitucional, vem desde logo prevenir contra uma interpretação literal de uma tal asserção. O facto de a vida do nascituro ser reconhecida como um bem, sujeito do direito objectivo, não ajudará a resolver a questão do estatuto do embrião.

O que é o embrião? Pessoa humana, projecto, potência, simples conjunto de células totipotenciais, vários são os conceitos que têm sido avançados.

Indiscutível é o facto de se tratar de uma estrutura diferenciada, em relação mas não identificada com o organismo materno, animada de vida humana. Indiscutível se afigura também o respeito que merece o embrião e a necessidade de lhe dar correspondente reconhecimento no ordenamento jurídico. A ausência de legislação portuguesa relacionada com a procriação medicamente assistida e muito particularmente com o embrião *in vitro* parece constituir uma lacuna séria, pois, pelo menos na aparência, poria o embrião *in vitro* num limbo legal, admitindo-se que toda e qualquer manipulação ou experiência poderia ser sobre ele praticada, sem que o experimentador ou manipulador incorresse em qualquer acto ilícito. Por todas estas razões, parece-nos urgente a intervenção legislativa nesta matéria, sendo de sublinhar que na ausência de legislação nacional pré-existente, a aprovação da Convenção Europeia de Bioética obrigar o País a aderir a todas as suas normas, sem poder apresentar reservas ou excepções, uma vez que o Art.º 30.º do projecto prevê essa impossibilidade.

Deve ainda chamar-se a atenção para a necessidade de uma clara delimitação do termo “experimentação”. É que há um tipo de experimentação que nunca será possível interditar e que sempre foi praticado. Assim, só à custa de tentativas foi possível encontrar as características ideais para que se possam verificar as primeiras fases do desenvolvimento do embrião *in vitro* isto é foi praticada uma investigação metodológica que cai na alçada do termo “experimentação”, entendido em sentido lato. Se, porventura, se vier a proibir a experimentação no embrião, terá de se qualificar qual a experimentação em causa: p. ex., experimentação sistemática, sem probabilidade de obtenção de benefício para o sujeito e de carácter destrutivo ou com consequências destrutivas.

O CNECV discutiu esta questão no seu Relatório-Parecer 3/CNECV/93 sobre Reprodução Medicamente Assistida (ver Anexo I), tendo concluído que não se “considera eticamente aceitável que embriões excedentários sejam (...) usados em investigações não em seu benefício”. Baseou esta conclusão na existência da insolúvel controvérsia sobre o estatuto do embrião e no princípio precaucionista segundo o qual é “gravemente ilícito atentar contra uma entidade de que se duvida se, sim ou não, constitui um sujeito investido de plena dignidade humana”.

Mais recentemente, o CNECV promoveu, integrados no seu III Seminário “Ética da Vida: concepções e debates” (Lisboa, 26-27 de Maio, 1995) duas conferências e um debate sobre o “Estatuto do estado embrionário e fetal”.

Utilizando todos esses elementos, o CNECV voltou a discutir internamente esta problemática e apresentou, por iniciativa própria, um Relatório sobre a matéria (ver Anexo II) que conclui que “é gravemente ilícito conduzir sobre ele (o embrião) uma experimentação de que não beneficiará e que, pelo contrário, levará à sua destruição”.

4. ENSAIOS CLÍNICOS E COMISSÕES DE ÉTICA

O progresso das ciências médicas e das tecnologias terapêuticas exige testes experimentais que, se nas primeiras fases podem e devem ser realizados em animais,

R. Borges Carneiro 38 - 2º Esqº 1200-619 Lisboa Portugal

Tel. 351-21-392 35 27 - Fax 351-21-392 35 19

cnecv@sg.pcm.gov.pt www.cnecv.gov.pt www.portugal.gov.pt



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

acabam finalmente por necessitar de investigação a ser executada em seres humanos. Compatibilizar esta necessidade com a dignidade e direitos da pessoa humana é uma preocupação constante da ética médica. Os correspondentes princípios éticos básicos foram estabelecidos na Declaração de Helsínquia (1964), revista em Tóquio (1975), Veneza (1983) e Hong Kong (1989), assim como no Relatório Belmont (1978). Deste modo se estabeleceram os princípios fundamentais para a investigação em seres humanos: o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa, o princípio da beneficência e o da justiça. As suas aplicações práticas são, respectivamente: o consentimento informado e confidencialidade, uma razão favorável de benefícios/riscos e a selecção equitativa dos sujeitos de experimentação. A verificação do cumprimento destes princípios nos casos concretos fica atribuída às Comissões de Ética locais.

De entre os numerosos tipos de testes experimentais a que têm de ser sujeitos seres humanos assumem especial relevo, por serem os de mais frequente aplicação, os ensaios clínicos de novos medicamentos. Estes têm por finalidade o emprego de substâncias químicas definidas no tratamento de situações patológicas, quer se trate de novos compostos, quer de novas aplicações para substâncias já conhecidas.

Note-se que o teste de novos medicamentos, por ser um processo complexo, moroso e dispendioso, só é levado a cabo por grandes empresas, geralmente de âmbito multinacional, o que põe problemas éticos de concorrência e de imediatismo de lucro. Igualmente se põe o problema de justiça em relação a doenças que, por serem raras, não despertam interesses económicos para a investigação e teste de novos fármacos.

Entre nós, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) estatui, na sua base XXII, que os ensaios clínicos de medicamentos sejam sempre realizados sob direcção e responsabilidade médica, segundo regras “a definir em diploma próprio”. No intuito de preencher essa lacuna no nosso ordenamento jurídico, o Ministério da Saúde preparou dois sucessivos projectos de diploma legal, para os quais solicitou o parecer do CNECV. Acerca do último desses projectos (Projecto de Decreto-Lei n.º 199/93) emitiu o CNECV o seu “Parecer sobre Ensaio Clínicos de Medicamentos (4/CNE/93)” de 29 de Setembro (ver Anexo III). Depois de situar o problema e de considerar os seus aspectos científicos, este Parecer abordou os aspectos éticos relacionados com o Projecto de Decreto-Lei n.º 199/93, sugerindo modificações a esse Projecto no que respeita à protecção dos direitos dos doentes, ao médico investigador e aos locais onde se realizam os ensaios.

Depois de ter considerado este Parecer do CNECV e os de outras Instituições, o Governo aprovou o Decreto-Lei n.º 97/95 de 9 de Abril. Sobre este diploma emitiu o CNECV um “Comentário” (ver Anexo IV) que refere poder-se “considerar numa apreciação global que, de um modo geral, as opiniões do Conselho foram em grande parte seguidas”. Dos pontos em que o não foram, apenas poderá ter relevo ético o facto de o art.º 50.º - 2 não fornecer “elementos quanto aos fundamentos e ao modo como é reconhecida a idoneidade dos estabelecimentos públicos e privados de saúde para efeitos de realização de ensaios clínicos” (cf. Ponto III – C. - 2 do Parecer) e a circunstância de o art.º-2-g) não prever que o “relatório final” do ensaio seja apresentado também à Comissão de Ética que o autorizou e fiscalizou.

Entretanto, a composição, competência e modo de funcionamento das Comissões de Ética que, no art.º 7.º- 3 do Decreto-Lei n.º 199/93, são remetidos para diploma próprio, foram de facto objecto de um Projecto de Decreto-Lei elaborado pelo Ministério da Saúde e enviado ao CNECV para apreciação. O Conselho tinha então acumulado sobre esta matéria grande quantidade de informação através de um inquérito escrito que teve grande adesão de respostas por parte dos estabelecimentos hospitalares de todo o País e também através da subsequente realização do II Seminário do CNECV sobre Comissões de Ética (Lisboa, 4 e 5 de Março de 1994) que reuniu 229 pessoas, entre as quais se contam, como destinatários privilegiados, membros das Comissões de Ética de hospitais e de outras instituições de saúde. Baseado nestas e noutras informações, o CNECV emitiu, acerca do Projecto de Decreto-Lei sobre Comissões de Ética, o seu Parecer 9/CNE/94 de 2 de



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Novembro (ver Anexo V). No entanto, muitas das sugestões desse Parecer não foram incorporadas no Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio, o que irá criar alguns problemas. Nomeadamente, a fixação do número inflexível de 7 para os membros das Comissões de Ética (art.º 2.º - 1) dificultará a criação de algumas Comissões, e a atribuição da responsabilidade da formação das Comissões de Ética ao Director Clínico, que designa todos os seus membros, poderá prejudicar a independência das Comissões. É também de lamentar que não tenha sido atendida a sugestão do CNECV de incluir no diploma legal uma referência expressa ao “exercício do consentimento com base no respeito pela autonomia”.

Deve ainda mencionar-se que é inexequível a competência atribuída às Comissões de Ética pelo Decreto Lei n.º 97/95 relativa ao acompanhamento da execução dos ensaios clínicos.

Por todas estas razões, recomenda-se que o Decreto-Lei n.º 97/95 seja reconsiderado, tomando designadamente em conta o Documento de Análise 13/CNECV/95 (ver Anexo XII).

5. DISTRIBUIÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS PARA A SAÚDE

O problema da aplicação das novas tecnologias no domínio da saúde cobre um campo extremamente vasto. Não cabe obviamente nas atribuições do CNECV examinar essas tecnologias na sua generalidade. Mas dentro desse campo muito vasto há um domínio que o CNECV considera específico e relevando da sua competência.

5.1. As novas tecnologias têm um primeiro campo de estudo no que se refere à distribuição e utilização dos recursos para a saúde – trata-se de saber qual o nível de eficiência que as novas tecnologias permitem atingir e quais as condições da sua possível utilização.

Em alguns países a determinação da sua utilização (ou da sua comercialização) na área da saúde é estabelecida seguindo trâmites idênticos àqueles a que são sujeitas as tecnologias para actividades industriais, mas são raros os casos em que esse controlo funciona eficazmente. Mais recente é a ideia de *submeter a entrada de novas tecnologias nos cuidados de saúde a uma análise de “custos/benefícios”*. Uma tal análise é então realizada pelos serviços competentes com a colaboração dos possíveis utentes e contribuintes. Cabe então a esses a decisão sobre a viabilidade financeira da utilização da tecnologia em causa, sempre na perspectiva da conjugação dos interesses de toda a comunidade. Este problema, embora importante, não é, no entanto, aquele que ocupa neste momento este Conselho.

5.2. Um segundo campo pareceu mais oportuno para o trabalho do CNECV nas condições concretas do nosso país. Trata-se de tentar equacionar o problema da *utilização das tecnologias mais avançadas no contexto da universalidade de acesso dos cuidados de saúde*.

Esta questão é analisada no quadro mais amplo das disparidades existentes no mundo quanto aos níveis de saúde atingidos e medidos, em particular, pelos índices de mortalidade infantil, esperança de vida, mortalidade materna e número de habitantes por médico. Reconhece-se que o quadro mundial fornece já por si um primeiro indicador para a resolução de questões éticas neste domínio. A utilização desse quadro amplo funciona sobretudo através do efeito de escala: as disparidades que constatamos quanto à possibilidade de utilização das tecnologias mais elementares no mundo inteiro existem também em cada sociedade (apenas alguns, poucos, países constituem excepção). Os princípios de não-discriminação e de equidade são igualmente aplicáveis ao nível nacional e ao nível internacional.

Tais princípios não significam de modo algum “nivelamento” de todos os serviços de saúde o que eliminaria todo e qualquer progresso. Mas requerem que seja sempre ponderado o efeito combinado do avanço científico e do acesso de toda a população aos cuidados de saúde, tendo em vista a dignidade fundamental de todos os seres humanos.

5.3. O CNECV analisou ainda um terceiro campo relativo aos problemas postos pelas novas tecnologias no domínio da saúde. Nas sociedades industrializadas, tem-se



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

dado uma profunda transformação na composição e estrutura da população. O aumento da esperança de vida conduz a uma percentagem cada vez maior de idosos na população, ao mesmo tempo que a fertilidade continua a baixar (levando a problemática até ao limite, dir-se-ia que a extrapolação da política de “um filho por família” levaria a que cada adulto tivesse de contribuir pelo seu trabalho para o cuidado por 4 idosos, relação que é, no quadro da economia moderna, materialmente insustentável e, face às condições afectivas da vida humana, psicologicamente devastadora). Esta população idosa requer cuidados de saúde caros e de longa duração. As novas tecnologias que têm beneficiado todas as camadas da população e especialmente os idosos requerem, em muitos casos, grandes investimentos financeiros.

A questão que se põe é então a de decidir quais são as tecnologias que fazem parte do “pacote básico” dos cuidados de saúde bem como os critérios a adoptar para a admissão nesse pacote de cada nova tecnologia. Considera o CNECV que esta questão diz respeito a toda a sociedade e não exclusivamente à classe médica nem às instituições políticas (que tendem a ideologizar inadequadamente o problema reduzindo-o à mera problemática de “público/privado”).

5.4. O CNECV discutiu internamente todas estas questões, tendo também chamado, para essas discussões, alguns especialistas exteriores ao CNECV. Posteriormente promoveu duas conferências e um debate público sobre a mesma matéria, integrados no III Seminário “Ética da Vida: concepções e debates” (Lisboa, 26-27 de Maio de 1995). Tomando em consideração todos esses elementos, o CNECV emitiu um Relatório e Parecer sobre esta matéria (ver Anexo VI).

5.5. CNECV pensa que a análise das questões relativas às novas tecnologias deve ser elaborada tendo como perspectiva ética as exigências postas pelos direitos humanos e, em particular, pelo “direito à saúde”.

A escolha do quadro dos “direitos humanos” é ditada por várias razões. Em primeiro lugar, encontram-se condensadas nos “direitos humanos” as aquisições fundamentais da relação homem/sociedade, tais como foram decantadas ao longo da História e, em particular, ao longo da história das ideias na Europa. Ao mesmo tempo – e é uma segunda razão – a erosão que têm sofrido os princípios éticos que se encontram directa ou indirectamente ligados a valores religiosos (o ser humano como imagem de Deus, a filiação divina como fundamento da partilha sem medida) não permite estabelecer a unanimidade em torno desses valores. Finalmente, a terceira razão que nos leva a essa escolha como quadro “político” das questões éticas tem a ver com a possibilidade de implementação, controlo e avaliação dos “direitos humanos” em cada sociedade.

6. INVENÇÕES BIOTECNOLÓGICAS E PATENTES

A legislação actualmente em vigor tanto em Portugal como na Europa em matéria de direito de patentes protege o inventor ao conceder-lhe um direito exclusivo de protecção, desde que o seu invento obedeça a certos requisitos específicos.

No entanto esta legislação mostra-se insuficiente quando queremos aplicá-la às invenções biotecnológicas. A espantosa evolução da ciência, nomeadamente no campo da genética, proporciona já hoje e proporcionará muito mais num futuro próximo todo um desenvolvimento de produtos de origem humana, animal e vegetal de indiscutível interesse científico. Estes produtos, explorados industrialmente, podem trazer tanto à indústria farmacêutica, como à pecuária e à agricultura lucros evidentes. Dever-se-á tomar ainda em consideração que são investidas por estas indústrias largas somas na investigação, mas que esta efectivamente está, em certa medida, dependente dos potenciais lucros que esta possa trazer. Beneficiário destes produtos será também o Homem tanto no campo da saúde, mas igualmente no desenvolvimento da agricultura e pecuária.

Na ausência de um regime de protecção comum e, por outro lado, enfrentando a agressividade económica de alguns países mais desenvolvidos nesta área, como os EUA e o Japão, a União Europeia tentou harmonizar um regime comum de direito das patentes extensivo a todo o mundo vivo: microrganismos, vegetais, animais e espécie humana. Com



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

este objectivo, o Conselho das Comunidades Europeias apresentou para discussão uma proposta de Directiva (proposta n.º 93/C 44/03), sobre a Protecção Jurídica das Invenções Biotecnológicas, sobre a qual este Conselho Nacional de Ética, a pedido do Senhor Secretário de Estado da Indústria, se pronunciou sob a forma de Parecer (7/CNECV/94 - ver anexo n.º VII).

Uma das questões abordadas e que manifestamente se reveste de uma importância primordial consiste em saber se é eticamente aceitável e juridicamente enquadrável a protecção destes inventos por meio de patente, com a conseqüente utilização e manipulação industrial de matéria biológica humana, nomeadamente os genes e as sequências de DNA.

A tendência, partindo inicialmente dos EUA e, posteriormente e não sem a ausência de alguma polémica, estendendo-se à Europa, tem sido a de aceitar a patente de microrganismos e outras formas de vida superior, como é o caso, mais conhecido e recente, de ratos transgénicos.

Uma das questões fulcrais que se coloca é relativamente a genes humanos, sendo que a orientação geral tem sido a de aceitar a patente dos processos tecnológicos por via dos quais são obtidas as sequenciações do DNA. No entanto a questão subsiste em relação aos pedidos de patente de genes cuja função e utilidade sejam desconhecidas, como é o caso recente do pedido de patente por parte do National Institutes of Health (NIH) norte americano de 2 000 fragmentos de DNA de função e utilidade desconhecidas.

Pretende-se igualmente abranger no campo de aplicação do direito de patentes as alterações do genoma humano, designadamente as invenções susceptíveis de melhorar consideravelmente a condição de certos seres humanos atingidos de forma profunda pela doença. Neste caso, nomeadamente no que tange à terapia génica, a comunidade científica tem sido unânime ao afirmar que considera eticamente aceitável a terapia génica em células somáticas quando apropriada ao tratamento de doenças genéticas específicas. No entanto, já no que respeita à terapia génica em células da linha germinal enormes questões não só do ponto de vista ético, mas igualmente relacionadas com a incerteza das probabilidades de êxito, se podem colocar. Embora supondo que “nem todas as portas deverão ser fechadas” no que respeita às potencialidades de desenvolvimento desta terapia, acentuada atenção se deverá ter em consideração no que respeita aos seus limites de aplicação. A relativa facilidade com que se pode enveredar por certas formas de eugenismo e de melhoramento da espécie humana tornando eticamente inaceitável toda a instrumentalização do ser humano e sua conseqüente discriminação levam a concluir pela necessidade do estabelecimento de limites intransponíveis à engenharia genética de melhoramento e eugénica.

Vários grupos de reflexão têm vindo a ser formados um pouco por todo o mundo, sendo de destacar o importante trabalho elaborado pelo “Group of Advisers on Ethical Implications of Biotechnology” junto da Comissão Europeia composto por nove especialistas mundiais (um dos quais, o Professor Luís Archer, pertence a este Conselho Nacional de Ética) e tendo por tarefa principal o de aconselhar a Comissão Europeia sobre os aspectos éticos das biotecnologias com vista também à promoção da discussão pública e à análise do potencial impacto das biotecnologias na sociedade e no indivíduo.

Este Grupo deu também um parecer sobre a citada proposta de Directiva do Conselho das Comunidades Europeias.

No entanto e muito recentemente, e na sequência das objecções levantadas pelo Parlamento Europeu relativamente à proposta de directiva sobre invenções biotecnológicas, já referida, foi tentado durante meses um acordo entre a Comissão e o Parlamento Europeu no sentido de elaborar uma versão final susceptível de encontrar aceitação. Não deixa de ser surpreendente e motivo de reflexão o facto de, tendo chegado a um texto final, este vir a ser finalmente rejeitado pelo Parlamento Europeu a 1 de Março do corrente ano de 1995.

Tinha-se, como referem alguns comentadores, com esta votação, “perdido” pelo menos seis anos de trabalho.

R. Borges Carneiro 38 - 2º Esqº 1200-619 Lisboa Portugal

Tel. 351-21-392 35 27 - Fax 351-21-392 35 19

cnecv@sg.pcm.gov.pt www.cnecv.gov.pt www.portugal.gov.pt



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Qual irá ser então o futuro da protecção jurídica das invenções biotecnológicas, e, consequentemente o da sua investigação na Europa? Considerando as largas somas investidas pela indústria biotecnológica na investigação e considerando que, na ausência de uma protecção que garanta a sua apropriação e exploração comercial nos países da União Europeia, questionamo-nos sobre quais irão ser as consequências económicas e jurídicas na Europa face a países como os EUA e o Japão.

Restar-nos-á o recurso à Agência Europeia de Patentes ou aos Institutos competentes em cada país, para que, caso a caso, decidam ou criem jurisprudência suficientemente segura no sentido de dissipar as divergências de conceitos e criar uma verdadeira harmonização que a União Europeia não conseguiu.

7. TRANSPLANTAÇÕES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Foi a matéria em apreço exaustivamente analisada pelo CNECV, tendo dado lugar ao Parecer 1/CNE/91 (ver anexo VIII), em sequência ao Projecto Lei n.º 643/V do Partido Socialista e da Proposta de Lei do Governo sobre a mesma matéria.

Não se trata de matéria despicienda por várias ordens de razões.

Desde logo, por ser tecnicamente exequível, isto é, por se dispor de meios tecnológicos e de competências médicas que tornam possível a transplantação de órgãos como o rim, coração, coração/pulmão ou fígado, com elevada taxa de êxito.

Depois, por esses mesmos meios tecnológicos (como quaisquer outros nas diversas áreas da ciência) evoluírem a ritmos cada que cada vez mais contribuem para incrementos na taxa de êxito do processo de transplante.

Não menos importante, o desenvolvimento de meios farmacológicos de imunossupressão do receptor cuja aplicação se traduz numa taxa de rejeição do transplante progressivamente mais baixa, o que há algumas décadas não era de todo praticável com a eficácia de hoje. E, sobre este ponto, haverá a referir a sempre muito activa investigação farmacológica que constantemente põe ao nosso dispor moléculas mais eficazes e seguras.

Por último e sem preocupação de um elencar exaustivo de razões, os progressos registados pela imunologia com a actuais técnicas de tipagem e a existência dos respectivos dados em redes informáticas trans-nacionais, o que possibilita, em órgãos como os rins, a sua obtenção em outros países quando haja receptor compatível.

De uma outra natureza são os motivos médicos concretos de indicação para transplantação, que visam, como refere o Parecer do CNECV, “o prolongamento da vida” do doente. Este último ponto reveste relevantes aspectos médico-sociais.

De facto, embora, por exemplo, a hemodiálise permita fazer face a uma insuficiência renal, fá-lo à custa de importante perda de qualidade de vida, com repercussões psicológicas, familiares, laborais e sociais, que só a transplantação permite ultrapassar.

A dádiva de órgãos, se constitui um acto de nobreza por parte daquele que se lhe não opõe, nobilita igualmente a sociedade, que, mediante adequados instrumentos jurídicos e apropriadas condições logísticas do trabalho médico, a tornam possível. Trata-se de um acto de solidariedade – como foi trazido à colação nos trabalhos de preparação do parecer do CNECV sobre a matéria.

De um ponto de vista ético e como apontado no Parecer do CNECV, “o ser humano tem sempre de ser considerado na sua dignidade de pessoa”, estando “em causa o dador e o receptor e não apenas um deles”, sendo “sempre de exigir o consentimento esclarecido (tributário da liberdade da pessoa) e o anonimato (decorrente do direito à privacidade)”. “Cabe aos poderes públicos defender os justos interesses das pessoas, sem qualquer discriminação negativa dos receptores, uma vez que os actos médicos são também, e sempre, actos sociais”. A dádiva de um órgão ou tecido terá de ser, em qualquer caso, “um acto gratuito... como forma de servir a pessoa, todas as pessoas, com isso se prevenindo os riscos sociais graves, decorrentes da comercialização”.

De um ponto de vista legislativo, o Parecer do CNECV referiu a necessidade de urgente revisão do Decreto-Lei n.º 553/76 de 13 Julho, o que viria a ocorrer com a



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

publicação da Lei 12/93 de 22 de Abril, que contemplou globalmente o Parecer do CNECV, embora este seja mais restritivo no que concerne à dádiva por menores.

Expressou ainda o Parecer do CNECV a sua posição quanto ao respeito pela vontade daqueles que não desejam ser doadores de órgãos. O Projecto de Decreto-Lei n.º 444/93 deu corpo a este sentir, propondo a criação de um registo de não doadores. Sobre este Projecto de Decreto-Lei emitiu o CNECV o seu Parecer 5/CNE/93 (ver Anexo IX), vindo, em conformidade, a ser publicado o Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro, que cria o Registo Nacional de Não Doadores (RENDA), no qual foram globalmente contemplados os princípios enunciados no referido Parecer 5/CNE/93.

Neste domínio das transplantações, como em todos os domínios científicos, regista-se um constante progresso. Refira-se no presente caso a actualização das novas tecnologias de genética molecular, no estudo da biologia da transplantação, designadamente a valvular cardíaca, cujos resultados recentes já obtidos fornecem dados que permitirão uma melhor compreensão do êxito ou inêxito de um enxerto, podendo prever-se que estes dados de investigação fundamental venham a ter repercussão prática numa maior eficácia da terapêutica por transplantação a que o CNECV continuará atento para eventual reflexão ética.

8. CRITÉRIO DE MORTE

A publicação da Lei sobre transplantes de órgãos (Lei n.º 12/93 de 22 de Abril) estabelece como critério da morte a “morte cerebral” e determina que a Ordem dos Médicos, ouvido o CNECV, formule os critérios em que assenta o seu diagnóstico.

A referência na lei dos transplantes da morte cerebral, como diagnóstico de morte, suscita confusão, ansiedade e mesmo conflitualidade, por poder concluir-se que os critérios utilizados pela Ordem dos Médicos com audição do CNECV, apenas se referem a potenciais doadores de órgãos, sendo a paragem permanente cardíaca e circulatória, os utilizados em todas as outras circunstâncias. Face a esta problemática, o CNECV entendeu formular o parecer 10/CNECV/95 sobre o critério de morte (ver Anexo X).

O parecer iniciava-se por uma introdução com referência à possível existência de, pelo menos, dois critérios de morte, referindo as consequências perversas desta dualidade.

Em seguida tratava da adopção do critério de “morte cerebral”, como critério de morte, implicar a avaliação dos seus fundamentos científicos, técnicos e éticos, a qual tem como conceito essencial a cessação irreversível e irreparável de uma ou mais funções vitais.

Numa breve referência histórica que enquadra o critério de morte cerebral, como morte, até à descoberta de Harvey da circulação e do coração como órgão fundamental dessa função. Assim, a cronologia da morte das funções vitais tornou a cessação das funções cardíacas como primordial e indispensável. Mas já neste século, no fim dos anos 50, o suporte artificial e prolongado de órgãos isolados ou mesmo de “multiórgãos”, levou a que a cessação permanente da função até então considerada como necessária para se diagnosticar a morte, não viesse a verificar-se a curto prazo. A consequência deste facto foi o número crescente das unidades em que estas técnicas eram executadas num número muito elevado de doentes com um prognóstico fatal, dada a disfunção irreversível das funções localizadas no tronco cerebral as quais retiram a harmonia de funcionamento do cérebro e do corpo como um todo.

Embora não possa, nem se queira, excluir que um dos objectivos da reflexão ético-científica sobre este problema seja a solidariedade da dádiva de órgãos, a maior precocidade do diagnóstico de morte tem outros objectivos, alguns humanitários, outros de carácter social como o de permitir aproximar a equidade dos recursos disponíveis às necessidades nos cuidados de saúde, o que é particularmente sensível no “intensivismo”.

Em seguida justificam-se as razões científica e técnicas da adopção da irreversibilidade das funções do tronco cerebral como critério de morte e que são resumidamente as seguintes:



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

1 – Só as estruturas nele existentes permitem o funcionamento do corpo como um todo, devido à integração das informações externas e internas que por ele passam e conduzem às reacções em intensidade e tempo.

2 – A avaliação da irreversibilidade do tronco cerebral particularmente nos indivíduos em coma, é mais rápida e segura, sobretudo em relação às lesões do tálamo e ao córtex.

3 – O tronco cerebral não é, por enquanto, susceptível de ser substituído por próteses ou transplantes.

O parecer conclui que “o critério de morte cerebral é a comprovação da cessação irreversível das funções do tronco cerebral, sendo exigível, no plano ético, que este critério seja usado univocamente na legislação e não apenas no respeitante a transplantação como diagnóstico de morte”.

9. CUIDADOS TERMINAIS E EUTANÁSIA

Logo nas suas primeiras reuniões, quando o CNECV procurou identificar os temas que deveriam ser objecto de ponderação, a eutanásia e outras atitudes médicas relacionadas com o fim da vida foram consideradas importantes embora não prioritárias.

De facto não pareceu ao CNECV que a questão da eutanásia esteja muito presente na sociedade civil portuguesa embora seja, com alguma frequência, agitada na comunicação social, e quase sempre de forma pouco adequada a uma boa informação do público em geral.

A repercussão, no nosso País, da aprovação pelo Parlamento Holandês de disposições que permitem, em certas situações, não punir o médico que pratique eutanásia e as notícias sobre o “Dr. Morte” – o médico patologista Kevorkian que montou, numa *roulotte*, um processo seguro de matar as pessoas que o desejassem, justificaram que o CNECV iniciasse a preparação de um Relatório e Parecer sobre este tema, os quais foram concluídos e aprovados em 17 de Junho de 1995 – (ver Anexo XI).

Conforme se escreveu no primeiro Relatório sobre o Estado de Aplicação das Novas tecnologias à Vida Humana, “não obstante o carácter privado da morte individual, a legalização ou não legalização de um poder médico para matar é obviamente um grande problema social”.

De facto, na Holanda, por exemplo, o caso Chabot veio reforçar esta vertente social: uma mulher cujo casamento havia fracassado e que viu os seus dois filhos morrerem de desastre pediu insistentemente ao psiquiatra que a matasse e ele matou-a. Levado o caso a Tribunal Supremo este considerou por maioria que havia lugar para despenalização segundo a lei holandesa de 1993. O Partido Democrata Cristão, com cujos votos foi aprovada a lei de despenalização e que agora está na oposição, apresentou na Câmara Baixa uma moção contra esta decisão mas não obteve apoio dos outros partidos. Rund Lubbers afirma, no texto da moção, que em 1993 quando era governo o que aprovou foi a “pequena eutanásia” para permitir uma “morte digna” aos doentes em situação terminal ou irreversível, com rigorosas condições para despenalizar esta intervenção médica, e nunca para permitir a morte de uma pessoa com uma simples depressão, como no caso Chabot.

O plano inclinado pelo qual se prevê o deslizamento, quando se legaliza o poder médico para matar, já se tornou evidente para a sociedade civil holandesa tendo a “Nederlandre Patienten Vereniging”, uma das Associações que velam pela protecção física e jurídica dos seus clientes nos Hospitais públicos, recebido nas últimas semanas mais de 5.000 adesões, depois de, no debate parlamentar, a Ministra da Saúde Winnie Sorgdrager ter revelado que foram enviados a Tribunal 14 casos de eutanásia incluindo um praticado por uma enfermeira, dois casos em recém-nascidos e um pelos chamados “turistas da eutanásia” que são médicos que percorrem o país para realizarem a eutanásia em zonas nas quais a maioria dos médicos se recusa a praticá-la.

Muitos outros casos suscitam a apreensão da sociedade civil e é de prever que, em 1996, a revisão obrigatória da lei torne mais rigorosos e estritos os casos em que poderá continuar a haver, na Holanda, despenalização desta forma de homicídio.

R. Borges Carneiro 38 - 2º Esqº 1200-619 Lisboa Portugal

Tel. 351-21-392 35 27 - Fax 351-21-392 35 19

cnecv@sg.pcm.gov.pt www.cnecv.gov.pt www.portugal.gov.pt



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

O Relatório e Parecer do CNECV (ver Anexo XI) definem cuidadosamente as várias atitudes médicas em relação com o fim da vida, fazem a sua análise ética e concluem que «não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões da saúde que justifique, em tese, vir a tornar possível, por lei, a morte intencional do doente (mesmo que não declarado ou assumido como tal) por qualquer pessoa, designadamente por decisão médica, ainda que a título de “a pedido” e/ou de “compaixão”».

O Parecer assinala, ainda, que esta rejeição da eutanásia cria obrigações individuais e sociais, nomeadamente “a responsabilidade privada e pública de cuidar adequadamente dos doentes terminais e dos deficientes e dependentes de qualquer tipo” criando e mantendo condições para a prática da medicina de acompanhamento (cuidados paliativos) a todos os que dela necessitem.

A elaboração final deste Relatório e Parecer foi precedida por duas conferências e um debate sobre “Eutanásia e atitudes médicas relacionadas com o fim da Vida”, integrados no III Seminário do CNECV “Ética da Vida: Concepções e Debates” (Lisboa, 26-27 de Maio, 1995). A apresentação pública dos referidos Relatório e Parecer suscitou um debate na TVI e comentários na Imprensa e não se manifestou uma opinião pública favorável à *eutanásia como morte intencional praticada pelo médico sobre uma pessoa que pede ou não para ser morta*.

RECOMENDAÇÕES *

1. Considerando que, para fins de ensino e de investigação da medicina, é de suma importância a utilização de cadáveres, sem os quais o estudo da Anatomia – alicerce da formação médica – está seriamente comprometido, recomenda-se que a legislação correspondente, já consensualmente aceite em Colóquio Parlamentar, seja submetida para discussão à Assembleia da República.

2. Recomenda-se vivamente que se promova a organização de um Registo Nacional de Dados relativos à prática da Reprodução Medicamente Assistida em Portugal, de modo a possibilitar uma efectiva avaliação de qualidade e a servir de base a uma consulta pública e amplo debate entre os cidadãos. Deste modo se poderá evitar o risco de que venha a publicar-se legislação desajustada, à revelia dos intervenientes mais directos e interessados, em especial dos utentes.

3. No respeitante à experimentação e outras manipulações do embrião humano *in vitro*, recomenda-se uma urgente intervenção legislativa, sem a qual toda e qualquer manipulação ou experiência poderia ser praticada sobre o embrião sem que o experimentador ou manipulador incorresse em qualquer acto ilícito. É de sublinhar que, na ausência de legislação nacional pré-existente, a aprovação da Convenção Europeia de Bioética obrigar o País a aderir a todas as suas normas, sem poder apresentar reservas ou excepções, uma vez que o Art.º 30.º do projecto prevê essa impossibilidade.

4. Relativamente à composição, competência e modo de funcionamento das Comissões de Ética locais, recomenda-se que sejam reconsideradas várias disposições constantes do Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de Maio, à luz do constante do Anexo XII.

5. No âmbito da distribuição e utilização dos recursos para a saúde, recomenda-se que as correspondentes decisões políticas sejam tomadas de acordo com as exigências postas pelos direitos humanos e, em particular, pelo “direito à saúde”.

6. Face à actual situação das patentes de invenções biotecnológicas, e para além da necessidade de uma legislação comunitária nesta matéria, recomenda-se o recurso à Agência Europeia de Patentes e a instituto (Comissão de Ética autónoma) nacional competente para que, caso a caso, decidam ou criem jurisprudência suficientemente segura no sentido de dissipar as divergências de conceitos e criar uma verdadeira harmonização que a União Europeia não conseguiu.

7. Em matéria de transplantação de órgãos e tecidos, recomenda-se o acompanhamento da eficiência de funcionamento do Registo Nacional de Não-Dadores



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

(REENDA) e das novas tecnologias de genética molecular que permitirão uma melhor compreensão do êxito ou inêxito de algumas transplantações.

8. No respeitante ao critério de morte, recomenda-se que o critério de morte cerebral, como comprovação da cessação irreversível das funções do tronco cerebral, seja usado univocamente na legislação e não apenas nas situações em que se espera poder extrair um órgão para transplantação.

9. No âmbito da rejeição da eutanásia, recomenda-se a importância de promover a responsabilidade pública e privada do cuidado adequado dos doentes terminais e dos deficientes e dependentes de qualquer tipo, criando e mantendo as condições para a prática da medicina de acompanhamento (cuidados paliativos) a todos os que dela necessitem.

Lisboa, 6 de Dezembro, 1995

O Relator

LUÍS ARCHER

O Presidente

AUGUSTO LOPES CARDOSO

* Para maior facilidade de consulta, os números atribuídos a cada uma das recomendações correspondem à numeração dos capítulos no corpo do Relatório.

ANEXOS

- I - Relatório-Parecer sobre Reprodução Medicamente Assistida (3/CNECV/93)
- II - Relatório-Parecer sobre A Experimentação no Embrião (15/CNECV/95)
- III - Parecer sobre Ensaio Clínicos de Medicamentos (4/CNE/93)
- IV - Comentário ao Decreto-Lei n.º 97/94 de 9 de Abril (pág. 47, II Vol. Doc)
- V - Parecer sobre o Projecto de Decreto-Lei sobre Comissões de Ética (9/CNECV/94)
- VI - Parecer sobre Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde (14/CNECB/95)
- VII - Parecer sobre a Protecção Jurídica das Invenções Biotecnológicas (7/CNE/94)
- VIII - Parecer sobre Transplantes de Tecidos e Órgãos (1/CNE/91)
- IX - Parecer sobre o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (5/CNE/93)
- X - Parecer sobre o Critério de Morte (10/CNECV/94)
- XI - Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final da Vida (11/CNECV/95)
- XII - Documento de Análise sobre a Comparação entre Legislação respeitante a Ensaio Clínicos e a Comissões de Ética e Doutrina Expendida pelo CNECV (13/CNECV/95).