

O JORNALISMO E OS DILEMAS DA BIOÉTICA

Bernardo Kucinski

O surgimento da bioética

Ao usar prisioneiros em experimentos científicos que levavam à morte e a mutilações, os médicos nazistas violaram o princípio da não maleficência da ética médica clássica, formulado por Hipócrates. Ao criar a técnica do transplante do coração, a Medicina precisou uma nova definição da morte; ao praticar a reprodução humana assistida, tornou necessária uma nova definição de vida. Ao manipular o código genético, a ciência passou a agir contra a ordem natural, outro fundamento da ética clássica da Medicina. Ao reintroduzir o plutônio na Terra, bilhões de anos depois que seu decaimento permitiu o surgimento da vida, o ser humano pôs em risco a integridade genética de todos os seres do planeta.

Essas intervenções na vida e na natureza escapavam do campo de tratamento da ética médica clássica. Assim nasceu a bioética nas últimas décadas do século XX como um novo campo de especulação filosófica e simultaneamente como movimento social protagonizado por grupos e pessoas preocupadas com o uso indiscriminado do poder da ciência. Eram relativamente simples os primeiros problemas da bioética: Com base em que princípios decidir entre diferentes candidatos à recepção de um órgão para transplante? Em que condições autorizar experimentos em seres humanos? Como promover o desenvolvimento sem destruir o equilíbrio ambiental?

Mas os avanços da biotecnologia trouxeram novos problemas éticos, de grande complexidade: Quais os limites morais da seleção genética de

embriões? Tudo que é factível pela manipulação genética é legítimo? Que direito tem uma mãe de gerar um filho (com sêmen congelado), que não terá pai? Em muitos casos não se sabe sequer como definir os protagonistas de um dilema bioético. Que papel atribuir ao doador do sêmen, quando ele é um desconhecido? Pai ausente? “Não-pai”? Qual o estatuto da mulher que aluga sua barriga para a gravidez? É ético o patenteamento das sementes geneticamente modificadas?

Um dos problemas centrais da bioética é o de resolver quem são os protagonistas de uma disputa bioética. Em que momento embriões e fetos passam a ter direitos humanos? A Medicina clássica ainda confunde dois significados da expressão “humana”, o de material geneticamente humano, como um feto ou um pedaço de pele, e o de pessoa com sentimentos, desejos e autoconsciência próprios dos humanos. Na bioética esses dois sentidos são separados. Um embrião é indiscutivelmente material humano, mas a maioria das correntes da bioética não o consideram pessoa, com autoconsciência. Assim, o conceito de **pessoa**, como parte com interesses legítimos num conflito sobre qual a conduta eticamente correta, tornou-se central na bioética, e seu recorte varia conforme diferentes correntes da bioética.

Jornalismo e bioética

O campo de percepção que mais tarde seria chamado de bioética surgiu no jornalismo em 1962, quando foi criado em Seattle, nos Estados Unidos, o primeiro comitê de seleção de pacientes para a hemodiálise. A técnica havia sido inventada um ano antes e logo se verificou que o número de candidatos à hemodiálise superava a disponibilidade das máquinas. “Eles decidem quem vive e quem morre,” foi o título da reportagem da revista *Life*. O comitê de seleção mantinha-se oculto e não era constituído apenas de médicos; nem os critérios eram estritamente médicos. No mesmo ano, não por acaso, Rachel Carson lançou a segunda base desse novo campo de conhecimento, depois chamado de bioética, ao mostrar em *A primavera silenciosa* como o inseticida DDT penetrava na cadeia alimentar e acumulava-se nos

tecidos gordurosos dos animais, inclusive do homem, com o risco de causar danos genéticos.

O terceiro ímpeto da bioética veio com o transplante pioneiro do coração, realizado por Christian Barnard na África do Sul em 1967. Foi tratado espetacularmente pela mídia, mas passou batido na cobertura jornalística, o fato de que, além de suas implicações simbólicas, o transplante do coração exigia a redefinição do estatuto jurídico do corpo que já não vive, mas cujo coração ainda bate. A redefinição da morte. Nos meios médicos e científicos, logo surgiram discussões sobre o direito de transplantar um órgão sem o consentimento prévio do doador e sobre o factível e o moralmente legítimo na medicina dos transplantes.

Em 1968, 30 personalidades de todo o mundo, a maioria ligada a grandes empresas multinacionais, reunidas no chamado Clube de Roma, proclamaram a iminência do esgotamento dos recursos não renováveis do planeta, devido ao crescimento exponencial da população humana. Três anos depois, em 1971, o cientista Rensselaer Potter, impressionado pelo potencial apocalíptico das intervenções humanas na natureza, **empregou pela primeira vez a palavra bioética, para designar o estudo dos valores morais dessas intervenções.** Potter estava especialmente preocupado com os riscos de total degradação ambiental do planeta Terra em consequência da intervenção humana. Na bioética de Potter, o homem deixa de ser o senhor da natureza para ter com ela uma solidariedade de destinos. Ou a preserva, ou será com ela destruído. No mesmo ano, o holandês André Hellegers fundou em Georgetown um instituto para o estudo da reprodução humana e bioética.

Em 1978, foi publicada a *Encyclopaedia of Bioethics*, por Warren T. Reich, com 285 colaboradores. A obra desde então foi várias vezes reeditada, superando 400 termos. A bioética revitalizou os estudos da filosofia da moral e provocou a primeira grande intervenção das Ciências Sociais, especialmente da Filosofia e da Antropologia, no campo fechado da Medicina. Sua aceitação pelos agentes de saúde, por estado de necessidade, instituiu também, dentro da Medicina, a idéia do diálogo e da negociação com o paciente e com a família.

O jornalismo tem pouco contribuído para a criação de uma nova consciência crítica em relação aos problemas fundamentais da bioética. A cobertura tem sido insuficiente, desigual e marcada pela fragmentação e espetacularização. Nos contenciosos ligados ao crescimento econômico, como a construção de novas hidroelétricas e rodovias e ao plantio de sementes transgênicas, o jornalismo brasileiro adotou a postura proibitiva dos movimentos ambientalistas, que instituíram, no limite, um novo tipo de autismo, fechando-se às necessidades de desenvolvimento e acesso à modernidade das populações mais pobres. Nos contenciosos surgidos dos avanços da biotecnologia na prática clínica e na reprodução humana, como é o caso do uso terapêutico de células tronco, que beneficiam principalmente os mais ricos, a postura da mídia é, ao contrário, libertária, de grande tolerância.

Vida e morte como categorias culturais

Para a bioética, vida e morte são categorias culturais e filosóficas e não estritamente biológicas. Até o advento dos transplantes, a morte era definida como o momento em que paravam o cérebro e o coração. Com os transplantes de órgãos vitais, inclusive o coração, retirados do corpo do doador ainda íntegros e saudáveis, surgiu a necessidade de uma outra definição legal de morte. Hoje se define, em grande número de países, inclusive no Brasil, que a pessoa morre quando morre todo o encéfalo, estado no qual cessam todos os sinais elétricos do cérebro, e a respiração só é possível com a ajuda de aparelhos, mesmo que o coração ainda esteja batendo, pois seu funcionamento não depende totalmente da integridade do cérebro. Surgiu assim o conceito de **morte encefálica**. A pessoa morreu, apesar do coração continuar a bater.

Para algumas correntes da bioética, o sujeito em estado comatoso profundo e irreversível e o feto até o pleno desenvolvimento do cérebro não podem ser considerados pessoas. Na maioria dos países, inclusive no Brasil (artigo 3º da Lei dos Transplantes, 9434, de 1997), exige-se o diagnóstico de morte encefálica para que seja permitido o transplante de órgãos.

A ciência também já não se propõe a definir o início da vida. Cada cultura situa esse início num outro momento. Na teologia da Idade Média, a vida só começava com a “animação”, quando a alma penetrava o corpo e assim o animava, 40 dias após a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, no feto masculino, e 80 dias, no feto, feminino. Posteriormente a mesma Igreja Católica passou a considerar o momento da fecundação, como início de uma nova vida, a partir da noção de que nesse momento combinam-se os códigos genéticos dos pais, dando origem à matriz genética do novo ser.

Muitos biólogos e médicos, entre os quais Giovanni Berlinguer, alegam que só com o **implante**, ou fixação do óvulo fecundado no útero, inicia-se uma relação metabólica entre o futuro embrião e a futura mãe, e, portanto, uma relação psicológica de maternidade. Isso ocorre cerca de seis dias após a fertilização e leva mais uma semana para concluir-se. Durante esse tempo, o óvulo fecundado, chamado **zigoto**, vai se multiplicando, em duas, em quatro, em oito células, à medida que se move em direção ao útero, até tornar-se um aglomerado indiferenciado de 32 células, chamado **blastócito**. Se não se fixar no útero, o blastócito não evolui, não ocorre a gravidez. Portanto, antes de 14 dias após a fertilização, nem sequer se sabe se haverá um futuro ser, se será uma pessoa ou mais de uma. Outros filósofos da bioética defendem que a vida só tem início quando se forma o cérebro do embrião, por volta da quarta semana da gravidez, ou mais tarde, quando se completa seu sistema nervoso, no sexto mês.

Com a técnica da reprodução por **clonagem**, já praticada em animais, cria-se um novo ser sem a necessidade da fecundação, derrubando a definição de início da vida da Igreja Católica. Na clonagem, substitui-se o núcleo do óvulo por um núcleo de outra célula do mesmo ser, já dotada de toda estrutura cromossômica, ocorrendo um processo de auto-reprodução (produção de um ser idêntico ao original), sem que tenha havido fecundação. O óvulo germina sem ter sido fertilizado, como na autogerminação de certos tubérculos.

As muitas correntes da bioética

Em oposição à tradição proibitiva da ética médica clássica, a bioética nasceu com vocação libertária, procurando caminhos que legitimem moralmente os avanços da intervenção humana. Mas esses avanços vêm-se dando com tal velocidade que a bioética não consegue dar conta dos dilemas novos, e cada vez mais complexos, e já se chegou a propor uma moratória na ciência biomédica, para dar tempo ao equacionamento minimamente aceitável de um código de ética para a biotecnologia, especialmente para a produção de alimentos transgênicos e a reprodução humana assexuada, como a obtida por clonagem.

A bioética passa pelas concepções religiosas pessoais de médicos e de pacientes e pelos valores de cada cultura. Ainda não existe uma corrente hegemônica. Em cada grande cultura prevalece uma corrente. Nos Estados Unidos, à medida que foi influenciando nas decisões de políticas públicas e nos conflitos legais em casos de reprodução assistida, deu-se uma secularização da bioética. Na Europa, predomina a corrente chamada **personalista**, com raízes na filosofia existencialista, que entende cada ser humano como uma individualidade estruturada e capaz de refletir sobre si mesmo. A pessoa humana é o valor supremo e o centro das decisões dos dilemas bioéticos. O pluralismo moral, característica da pós-modernidade, também reduziu na Europa a importância dos dogmas religiosos.

Na América Latina, a agenda do debate ainda é fortemente determinada pela Igreja Católica, que após uma fase inicial de perplexidade frente à biotecnologia, investiu maciçamente no estudo da bioética. O movimento feminista também investe na bioética, mas está dividido em pelo menos três correntes. Desde uma minimalista, que rejeita a própria idéia de que possa haver um sistema universal de preceitos de conduta no campo da biotecnologia, até uma corrente maximalista, que defende o direito único e exclusivo da mulher determinar quais são as condutas corretas nos campos da reprodução e da sexualidade.

Uma das correntes fundadoras da bioética é a **princípioalista**, seguida por Tom Beauchamps e James Childers, a qual defende uma ética de valores,

basicamente os já consagrados pela ética da Medicina clínica: beneficiência e não maleficiência, justiça e autonomia, mas com ênfase no valor autonomia. Tenta fazer uma ponte ética entre a Medicina clínica clássica e a biomedicina. Mas enquanto na clínica médica tradicional era relativamente simples definir qual dos procedimentos possíveis era bom para o paciente e qual fazia mal, na bioética isso se torna difícil. Uma variante principialista mais avançada, defendida no Brasil por Volnei Garrafa, propõe como princípios a pluralidade, a tolerância, o respeito e a justiça, que no seu conjunto tentam assegurar a autonomia de cada indivíduo nas decisões, até o limite de afetar a autonomia de outros. As correntes principialistas contrapõem-se à bioética chamada **justificativa**, para a qual tudo o que pode ser feito é eticamente legítimo.

Uma variante mais radical na valoração da autonomia é o modelo **libertário**, proposto por Tristram H. Engelhardt Jr., inspirado na filosofia liberal e no individualismo norte-americano e endossado, em algum grau, por outros teóricos importantes da bioética, como Robert Veatch e o próprio James Childers. Na bioética de Engelhardt é valorizada a livre escolha do indivíduo e sua liberdade de ação, sem a intervenção do Estado. Todos os demais valores subordinam-se ao valor autonomia (ou liberdade). Assim, essa ética entende que a justiça é feita, na saúde, quando é garantido ao indivíduo o direito capitalista à propriedade privada, que lhe permite decidir e pagar livremente pela sua saúde. Na ética libertária, não cabe ao Estado a responsabilidade pelos males do fumo, ou da droga, ou dos acidentes esportivos, todos resultados da livre escolha do indivíduo. O serviço público de saúde aos necessitados é justificado com o argumento de que o Estado também possui propriedade, a propriedade estatal, que o legitima como prestador de serviços de saúde para os carentes.

Os partícipes de conflitos na bioética

Para Engelhardt, entre os protagonistas dos conflitos bioéticos há os **parceiros** morais de um contrato social e há os **estranhos** a esse contrato

e, portanto, ao conflito ético. Parceiros morais são as pessoas morais, os que têm consciência autoconsciente, um senso moral e a capacidade de tematizar sua condição e seus interesses. Ficam excluídos do contrato social como “estranhos morais” os embriões, fetos e crianças, porque ainda não são adultos, e os doentes privados de relações sociais ou doentes mentais irrecuperáveis, porque já não são pessoas sociais. Para a **escola dos interesses**, baseada na filosofia do americano Joel Feinberg, o critério de definição de pessoa do conflito moral é a capacidade de sentir dor ou prazer ou a posse de consciência, ou ainda a capacidade de importar-se com o que lhe acontece. Somente esses seres têm *status* moral. Isso exclui os seres inanimados e também as plantas, assim como o feto em seu estado precoce, e mais ainda embriões, óvulos, congelados ou não, fertilizados ou não. Mas ao contrário da ética libertária de Engelhardt, não exclui crianças e nem mesmo fetos plenamente desenvolvidos.

A bioética dos interesses distingue os conceitos de estatuto moral e valor moral. Cadáveres não são pessoas morais num conflito ético, porque não podem expressar interesses, mas tem valor moral para seus entes queridos e estes têm estatuto moral. Além disso, os cadáveres são depositários dos interesses *post-mortem* da pessoa que virou cadáver. A diferença conceitual é decisiva numa discussão sobre transplantes não autorizado em vida ou sobre experimentações com cadáveres. A mesma distinção é feita no debate dos limites éticos da experimentação com fetos e no uso terapêutico de tecidos fetais, muito disseminado em alguns países. Para a corrente dos interesses, o feto não tem estatuto moral mas pode ter valor moral para a sociedade, o que impõe limites para o seu uso na experimentação e no transplante de seus tecidos.

O valor autonomia e a razão comunicativa

A bioética alterou profundamente a relação médico-paciente, que deixou de ser vertical, de cima para baixo, para ser dialogada. E para participar desse diálogo, o doente e seus familiares precisam estar informados. Muitas

decisões fundamentais, como a da eutanásia, baseiam-se na comparação entre benefício e malefício. Como decidir? Vem aumentando entre os médicos a aceitação do princípio da **autonomia**, pelo qual todo ser humano adulto deve ter o direito de decidir sobre o seu corpo. No caso de situações terminais, a morte pode trazer mais benefícios (conforto) e menos malefícios (dor) do que o prolongamento forçado da vida através das novas tecnologias. Daí a aceitação crescente da eutanásia entre os médicos, mesmo em contradição com os dogmas da sacralidade da vida, da Igreja Católica.

O princípio da autonomia implica o direito do doente à plena informação médica, (para poder decidir) e o direito de recusar tratamento. O princípio da autonomia foi introduzido na filosofia por Kant, que considerava autônoma toda vontade do indivíduo guiada pela **razão**. Na etimologia desse princípio estão os radicais gregos “autos”, designativo de ser, e “nomos”, designativo de regra ou lei. É a capacidade de distinguir o certo e errado que legitima a autonomia do indivíduo. Daí a necessidade da informação para poder decidir. E a nova responsabilidade do jornalismo dedicado à saúde em bem informar. Implica a obrigação do médico de não mentir ou omitir informação, assim como na co-responsabilidade do paciente no processo decisório. Mas o cidadão tem de decidir no plano subjetivo ou psicológico. Trata-se, portanto, de uma razão comunicativa, na qual o fundamento é a razão científica, mas a instância de decisão é subjetiva e o processo, argumentativo.

Daí surgiu o conceito de “terapia centrada no doente”, que considera importante conhecer não apenas sintomas clínicos dos doentes mas também suas crenças, expectativas e valores. Autonomia vem se tornando também um preceito legal em vários países, notadamente nos Estados Unidos. Em diversos países as leis que proibiam o aborto ou o condicionavam a um parecer médico foram derribadas com base no princípio de que cabe à mulher decidir sobre o seu corpo, livre dos atrasos e bloqueios implícitos num processo de consulta médica ou legal.

Uma das correntes da bioética, a escola da **virtude**, de Pellegrino e Thomasma, propõe despertar virtudes nos trabalhadores da saúde a partir

da noção de que a separação entre o sentir e o saber pode tornar difícil o agir correto, mesmo quando se sabe o que é a melhor conduta. Daí a importância de virtudes morais na relação médico paciente, entre as quais ele ressalta a compaixão, a honestidade, a responsabilidade, a benevolência e a confiança. Também a corrente **contratualista**, de Veatch, centra sua proposta no contrato entre médicos e pacientes, médicos e sociedade, médicos e princípios.

As conseqüências éticas da experimentação em seres humanos

Muitas transgressões morais e crimes foram cometidos por médicos e cientistas, especialmente durante a Segunda Guerra Mundial, em nome da pátria e da ciência. Alguns foram julgados – os que estavam do lado que perdeu a guerra e apenas 17 considerados culpados em Nuremberg. Quase vinte anos depois, o professor de anestesia da Escola de Medicina de Harvard Henry Boecher questionou a moralidade das experiências médicas com seres humanos, que **continuavam a ser feitas em desacordo com princípios já aprovados em 1948, no julgamento de médicos nazistas em Nuremberg**. Nunca foram levadas a julgamento as experimentações dos norte-americanos com a bomba atômica, nas quais populações civis inteiras e batalhões de soldados serviram de objeto de pesquisa. Metade dos médicos alemães aderiram ao partido nazista, e muitos deles colaboraram com Hitler, não apenas fornecendo as justificativas científicas para a seleção racial (eugenia), mas também participando diretamente dos programas de eutanásia, experimentações com crianças e prisioneiros, e operações de extermínio nos campos da morte.

O primeiro código de conduta para disciplinar as experimentações com seres humanos nasceu do julgamento de Nuremberg: O Código de Nuremberg, que conseguiu sintetizar um novo princípio, o do **Consentimento Informado**, pelo qual nenhum ser humano deve ser objeto de pesquisa ou experimentação sem dar o seu consentimento voluntário, livre de qualquer

coerção, direta ou indireta, de pressões ou subterfúgios, e precedido de informações plenas sobre as implicações do experimento. No Brasil, esse conceito foi atualizado e tornado mais preciso, chamando-se **Consentimento Livre e Esclarecido**.

Pelo Código de Nuremberg só se justificam experimentos em seres humanos se não são factíveis por outros métodos, se são essenciais e capazes de trazer resultados frutíferos e se foram precedidos por experimentos em animais e conhecimentos específicos que assegurem as justificativas do experimento. O experimento deve evitar injúrias, sofrimentos e riscos desnecessários, ou desproporcionais em relação à sua importância. Deve ser precedido de preparativos e cuidados adequados e conduzido por pessoal qualificado e passível de interrupção a qualquer momento, pelo sujeito ou pelo cientista.

O Código de Nuremberg nunca se tornou objeto de tratado ou convenção internacional. Não tem força de lei. Mais que isso, em 1964, a Associação Médica Mundial (WMA), também criada em virtude dos julgamentos de Nuremberg, mas expressando a ótica dos médicos, aprovou a declaração de Helsinki, que se propõe a relativizar as restrições do Código de Nuremberg, dividindo pesquisas com seres humanos em dois tipos: as vinculadas a um procedimento médico e as não vinculadas. Nas vinculadas ao tratamento do sujeito, os médicos entendem que esse sujeito é o beneficiário direto do experimento e que, portanto, o objetivo último do experimento é beneficiar esse sujeito, estando respeitado o princípio da beneficência e o valor autonomia do indivíduo. Nas experimentações que visam a beneficiar outros pacientes, ou a sociedade em geral, a saúde é entendida como um bem público, a serviço do qual se coloca o corpo e a pessoa do sujeito da experimentação. Por isso, a relação médico-paciente mais perigosa é aquela em que o médico usa seu paciente para um experimento não voltado diretamente ao seu bem. Apenas para essas pesquisas a Associação Médica Mundial exige o Consentimento Informado. Nas outras, apenas recomenda a obtenção desse consentimento “se possível”. Com isso, os médicos privilegiaram sua própria liberdade de ação, em detrimento do princípio da

autonomia do sujeito, e tentam restaurar a relação médico-paciente paternalística e autoritária.

Ainda hoje, cientistas privilegiam a busca da verdade em detrimento dos direitos individuais, nas pesquisas em seres humanos. Seu modelo ainda é Pasteur, que inoculou pessoas contra a varíola sem as avisar e sem ter a certeza de que não lhes estava fazendo mal. Nesse campo é decisiva a atuação do jornalismo investigativo na restauração dos direitos humanos violados. Mas por trás dessas pesquisas, financiando-as, há em geral poderosas empresas farmacêuticas. E o poder econômico é sempre um fator de dissuasão no jornalismo.

Além disso, há o fator de classe: cientistas e médicos valem-se, frequentemente, de populações pobres de países do Terceiro Mundo, como o Brasil, ou de prisioneiros, aos quais são oferecidas algumas regalias em troca da submissão à pesquisa, ou de crianças, ou de doentes mentais, ou de populações muito pobres e desprotegidas. Os benefícios imediatos serão dos mais ricos, que podem pagar pelos medicamentos de última geração, sempre mais caros.

Esporadicamente, a imprensa denuncia experimentos cruéis com seres humanos, quase sempre minorias pobres, crianças e doentes mentais. A última revelação é de 1997, quando se descobriu que mulheres pobres da República Dominicana e da Tailândia, grávidas e portadoras do vírus HIV, estavam sendo tratadas com AZT, como parte de uma experimentação. Antes disso foram descobertas experimentações com sífilis em populações negras dos Estados Unidos e com células tumorais e vírus da hepatite em deficientes mentais na Suécia e nos Estados Unidos. É muito grande a propensão do cientista de usar um grupo de pessoas excluídas, em nome do benefício que podem trazer ao conjunto da humanidade. No Brasil, em 1981, foi baixada a portaria 01/1988, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentou a experimentação em seres humanos, exigindo o consentimento informado e a aprovação do projeto de pesquisa por comitês supervisores. Em 1996 entrou em vigor a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerada uma das mais avançadas da época.

A ética dos transplantes

Na Lei dos Transplantes, 9434, de 1997, está uma das mais claras demonstrações do entendimento da saúde no Brasil, por médicos e formuladores de políticas públicas, como um bem público, e não como bem pessoal ou privado. No seu artigo 4º a Lei presume que todo brasileiro tenha autorizado a extração de seus órgãos, caso não se tenha manifestado expressamente contrário. Nas condições brasileiras, essa presunção equivale à doação forçada em muitas ocasiões, violando os princípios da autonomia e da liberdade das pessoas. O artigo coloca o Estado como proprietário dos corpos das pessoas.

Foi tal a reação da sociedade brasileira que o presidente da República baixou uma medida provisória instituindo a obrigatoriedade de autorização da família para o transplante. Com isso acabou a presunção de autorização. Mas foi uma exceção. Na nossa ética médico-sanitária, a saúde tem sido entendida em geral como bem público, condicionando os valores autonomia e liberdade individual às conveniências das políticas públicas. É o que ocorreu com o confinamento compulsório de hansenianos nos anos 40, as políticas de controle populacional forçadas e a esterilização fortemente estimulada de mulheres pobres no Brasil nos anos 60, a filtragem e bloqueio de portadores de esquistossomose, quando tentam imigrar para grandes cidades, praticada em São Paulo pelo menos até os anos 70.

Mas na base dessa ética da saúde como bem público ainda há um fator de classe, corolário da polarização social. Para as elites, prevalece o interesse privado, e, portanto, o valor liberdade e autonomia. Assim se outorgam o direito de abortar livremente (numa clínica com assepsia e acompanhamento médico), mas não dão esse direito às massas pobres. Mesmo aplicando uma política pública de controle populacional, preferem fazê-lo pelo método coercitivo da esterilização forçada. No caso dos transplantes, as massas pobres são vistas muito mais como fornecedoras de órgãos; e as elites, como receptoras potenciais. Na Europa, prevalece o princípio da gratuidade dos transplantes de órgãos, justamente para limitar a sua comercialização e

a apropriação, pelos ricos, dos órgãos vitais dos pobres. Mas nos Estados Unidos admite-se, dentro da ética libertária, o comércio de órgãos.

A bioética e o aborto

O dilema ético central do aborto dá-se entre o respeito pelo embrião, ser humano em formação, tanto mais forte quanto mais avançada a idade gestacional, e o eventual desejo da mulher de não querer gestar, de não querer ter aquele filho. Para complicar, a sociedade pode ter legislado sobre se o feto é um prolongamento da mãe ou um ser independente, se sua vida é prioritária sobre os sentimentos da mãe, e pode ter restringido os direitos da mãe de decidir segundo seus sentimentos, como é o caso do Brasil e outros países, em que prevalecem os dogmas da Igreja Católica.

O código de Hipócrates veda ao médico a prática do aborto o que marca profundamente, até hoje, o *ethos* do médico, já imbuído do sentimento missionário de “salvador de vidas”, aparentemente incompatível com uma prática que interrompe a vida. No entanto, o código de Hipócrates também vedava o uso da faca, deixando isso para outros profissionais, o que pode significar que o aborto não era em si proibido, apenas não era considerado tarefa do médico, já que o aborto era comum na Grécia.

Com a condenação do aborto pela Igreja Católica no século XIX (antes o considerava um pecado grave, mas não um homicídio), a prática foi logo declarada crime em inúmeros países, surgindo então todo o drama dos abortos clandestinos e sem assepsia, a que recorrem as mulheres pobres em determinados países. Na bioética da Igreja Católica, oriunda de uma era anterior à biotecnologia, a vida é um valor supremo, pertencente a Deus, o que retira do homem toda a possibilidade de agir sobre o destino com instrumentos da biotecnologia.

A partir dos anos 70, iniciou-se uma mudança na cultura do aborto, na direção oposta, a da sua descriminalização. Em 1970, a Suprema Corte americana decidiu que era um direito da mulher decidir sobre o seu corpo e tomar suas decisões em consulta com seu médico, até o ponto em que o

feto poderia sobreviver fora da barriga da mãe, mesmo nascendo prematuramente, fixado na 27ª semana, ou 1,3 kg de peso (hoje, com os avanços da Medicina, fetos com menos peso também sobrevivem, o que já levanta novas questões éticas). Antes disso o feto não seria uma pessoa e, portanto, o aborto não seria crime. No ano seguinte, a juíza Jarvis Thomson emitiu uma sentença a favor do direito da mulher ao aborto, com base em argumentos novos, que não discutiam se o feto era ou não pessoa, se tinha ou não direito moral à vida. No seu veredicto declarava que um eventual direito do feto não podia ser exercido a qualquer preço. Também o direito à vida era condicionado por outros direitos. Já é estabelecida na jurisprudência e na Medicina americana que até a oitava semana de gravidez, pelo menos, o embrião não é uma pessoa, porque não tem nenhuma autonomia mental. A partir de então passa a ser chamado de feto, mas só no final do segundo trimestre da gravidez o feto se torna humano.

O aborto ainda é moral e legalmente condenado em grande número de países e por grande número de médicos, mas já é permitido pela simples opção da mulher em 23 países e numa ampla gama de situações em mais 24 países. Outros 14 países permitem o aborto em circunstâncias especiais, e 51 países só o permitem quando há risco de vida para a mulher grávida. As maiores resistências no Brasil vêm da hierarquia da Igreja Católica, do conteúdo predominantemente masculino do saber médico e das práticas médicas. As funções reprodutivas da mulher são consideradas não à luz dos direitos da mulher sobre seu corpo e sua sexualidade ou de sua responsabilidade pela criação do futuro ser, e sim à luz da organização econômica, social e familiar da sociedade de classes e da conveniência do macho.

A Organização Mundial da Saúde define o aborto como a interrupção da gravidez até a sua 20ª semana. Depois é considerado um natimorto – ou nascimento prematuro, se nascer vivo. Na lei brasileira, o óvulo fecundado é chamado de embrião até a 12ª semana e feto depois disso, mas não importam esses marcos para definir o aborto. Se a gravidez for interrompida no primeiro dia ou no último mês, é sempre aborto. No Código Civil a personalidade civil começa com o nascimento com vida. O feto é chamado de

nascituro, mas não é sujeito pleno de direito, e sua vida tem valor inferior à do nascido com vida, porque se não nasceu com vida, nunca chegou a ser sujeito pleno de direito no ordenamento jurídico, e seu corpo não é cadáver.

O movimento feminista usa critérios emancipatórios para avaliar valores e situações. Diz que a maternidade tem que ser desejada, pois caberá à mãe cuidar do novo ser. O valor determinante é o da responsabilidade, mais do que o da autonomia. Como recurso de argumentação, defende também que o feto é um prolongamento da mãe, o qual não é uma pessoa em seu próprio direito moral. Os próprios católicos, em sua cultura popular, no seu *senso fidei*, o senso comum dos fieis, aceitam o aborto como procedimento correto (moral), em caso de necessidade. Nessa ética católica de base, defendida no Brasil pelo movimento “Católico pelo Direito de Decidir”, a maternidade é uma relação afetiva e não biológica. A gravidez tem que ser desejada. Da mesma forma, implica o direito da mulher de não a desejar.

Reprodução assistida

Não existem no campo da reprodução humana assistida princípios éticos consensuais. Predominam os mesmos sentimentos difusos e dogmas que afetam a moralidade da interrupção da gravidez. Na principal técnica de reprodução assistida, a fertilização fora do útero, chamada **fertilização in vitro**, é comum transferir para o útero mais de um óvulo fertilizado, para aumentar as chances de fixação e para isso a mulher é induzida, através de drogas, a múltipla ovulação. Em geral, um número grande de óvulos é fertilizado, e três a quatro deles, implantados.

A principal controvérsia ética em torno dessa técnica, que vem permitindo a milhares de mulheres ter filhos, é o que fazer com os óvulos fertilizados em excesso e mantidos em câmaras frias. Além de bancos de esperma, há dez mil embriões assim armazenados no Brasil em clínicas de fertilidade. Inclusive embriões de pais já falecidos. Na ética católica, óvulos fertilizados já são vidas e não podem ser destruídos. Outras correntes da bioética argumentam que o mesmo direito criado pela técnica da fertilização in vitro, o

direito de criar vida (ou vencer a infertilidade) traz consigo o direito de eliminar os óvulos fertilizados em excesso, se for necessário para aumentar as chances da mulher engravidar, assim como de eliminar pré-embriões excedentes para preservar a saúde da mulher, caso mais de um se implante e se desenvolva. Argumentam que o valor supremo do ser humano é o direito inalienável de procriar, de querer perpetuar a espécie, o que só se tornou possível para certas mulheres através da técnica de fertilização in vitro.

A seleção genética do embrião

Outro dilema ético é provocado pela nova técnica da fertilização in vitro, que permite selecionar o sexo do embrião, a partir de pequenas diferenças morfológicas entre o espermatozóide portador do cromossoma Y, que define o sexo masculino do feto, e o portador do cromossoma X. A seleção genética pré-concepção tanto pode ser usada para determinar o sexo do futuro bebê, como para evitar certas doenças hereditárias só transmissíveis entre homens ou entre mulheres, ou que são fatais para as mulheres (como a hemofilia), e não para os homens.

No Brasil, a Constituição de 1988 estabelece a proteção do patrimônio genético do país, e a Lei 8.974, chamada de Lei da Biossegurança, proíbe a produção, guarda ou manipulação de embriões humanos destinados a servir de material biológico, o que restringe bastante a prática da inseminação fora do útero.

Desde 1997, está em vigor a Instrução Normativa Nº 9, da Comissão Nacional Técnica de Biossegurança (CTNBio), sobre intervenção genética em seres humanos, que diz:

Todo experimento de intervenção ou manipulação genética em humanos deve ser considerado como Pesquisa em Seres Humanos e deve obedecer ao estipulado na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Somente serão considerados propostas de intervenção ou manipulação genética em humanos aquelas que envolvem células somáticas. É proibida qualquer intervenção ou manipulação genética em células germinativas.

Sem as restrições éticas ao manejo de óvulos fecundados e de pré-embriões ou embriões, abre-se um vasto campo de reprodução assistida, incluindo o armazenamento congelado de óvulos fertilizados para uso futuro, caso, por exemplo, o feto desenvolva anomalias ou não se desenvolva, e a criação de seres idênticos em série. Milhares de mulheres valem-se dessa técnica hoje em todo o mundo para ter filhos, contrabalançando o argumento dos católicos de que a técnica implica a destruição da vida. Algumas dezenas de mulheres ainda alugam barrigas de outras mulheres, existindo esquemas organizados para esse fim. Há casos em que só o óvulo ou só o espermatozoide pertence aos pais.

Aborto seletivo e limites da eugenia

Uma das principais modalidades de intervenção genética é a que mexe em seres completos, selecionando determinados tipos genéticos e descartando outros, como ocorre na seleção de fetos. As novas técnicas de detecção precoce de malformações congênitas permitem detectar uma vasta gama de anomalias ou certas síndromes em fetos. Nesse caso, não se criam seres com novos códigos genéticos transmissíveis, mas pode-se influir nas características dos nascituros, segundo preferências dos pais por filhos do sexo masculino ou feminino, ou para descartar anomalias. É a **eugenia pré-natal** por desejo de perfeição, ou por compaixão, ou um misto de compaixão e comodismo, como em alguns casos do descarte de um feto portador da síndrome de Down.

Em muitos países, quando se aborta após saber que o feto é portador de uma anomalia ou de uma doença de origem genética, a prática é considerada **aborto terapêutico**. A ecografia já permite detectar malformações de tipo somático e doenças leves, que em grande parte podem ser enfrentadas com terapias adequadas. Mas e se a família não quiser e preferir o aborto? E onde situar o limite entre malformações aceitáveis e não aceitáveis? Onde acaba a prevenção de um drama e começa a eugenia? No Brasil os grandes hospitais já praticam o diagnóstico pré-gestacional,

mas com a consciência de limitar a seleção a casos específicos e não se propor a eugenia.

Mas em muitos países já se aplica o aborto seletivo com objetivos não terapêuticos. Na Índia ele é amplamente praticado, apesar da repressão governamental, para assegurar uma descendência masculina, instituindo assim uma discriminação contra mulheres antes mesmo de elas tornarem-se pessoas. Qual é o fundamento ético do **aborto seletivo**? Quais os princípios envolvidos? Nesse caso, quem são as pessoas morais interessadas, se o feto não é considerado pessoa? Quais os valores envolvidos? O problema ético central do aborto seletivo é a determinação dos limites desse tipo de intervenção.

O que se suspeita é que a sociedade vá desenvolvendo novos valores a partir de novas técnicas, incluindo o valor eugenia. Que a sociedade comece a colocar o objetivo de ter filhos totalmente perfeitos como um valor referencial da reprodução, instituindo a eugenia como norma ética e procedimento clínico. Como corolário, essa nova moral justificará como eticamente aceitável e desejável o descarte de todo embrião ou feto com algum desvio da norma, mesmo insignificante. E todo nascimento de uma criança não perfeita passará a ser visto como um equívoco e o resultado de imperícia médica.

No Brasil a instituição dessa rotina de exame precoce do feto pode contribuir para desbloquear a discussão do aborto. Os autonomistas defendem que o aborto seletivo é eticamente válido, desde que a ciência e a tecnologia estejam aliadas à autonomia dos genitores, e não a políticas de governo, como é a política do filho único na China, ou a de redução da natalidade no Brasil.

A manipulação genética

A modalidade mais revolucionária de intervenção genética é a que mexe nos cromossomas do núcleo celular que definem o código genético. Os genes são a unidade básica dos caracteres hereditários. Já foram mapeados 50 mil genes do ser humano e 300 doenças humanas ligadas aos genes, entre as quais a síndrome de Down, a anemia falciforme, que afeta

principalmente negros, e a doença de Tay-Sachs, que prevalece entre judeus da Europa Oriental. Alterando-se os genes, pode-se criar um ser cujas novas características genéticas sejam transmissíveis. O próximo passo é a intervenção genética para eliminação ou substituição dos cromossomas responsáveis por doenças.

Já se pratica amplamente a manipulação genética na agricultura e na criação de animais, para aumentar a resistência de espécies a pragas ou para aumentar o rendimento. Na agricultura, são produzidas sementes transgênicas – cujos genes foram alterados para aumentar sua resistência a certos fungos, ou ao frio. Já há muitas variedades de cereais transgênicos, nas quais uma alteração genética que teria levado alguns milhões de anos para acontecer por seleção natural é obtida de imediato através da engenharia genética. Há dois riscos potenciais no uso das espécies transgênicas: o do controle monopolístico dessas espécies por grupos econômicos, e o de que os genes modificados migrem através do pólen para espécies aparentadas, criando variedades de ervas daninhas ou outras plantas inúteis, ainda mais resistentes a herbicidas ou de tamanho agigantado.

No Brasil a aprovação do uso comercial ou mesmo experimental de sementes geneticamente modificadas tornou-se um grande campo de batalha entre interesses científicos e comerciais de um lado, e movimentos ambientalistas de outro. Nessa disputa, a razão argumentativa, que se vale de conhecimentos científicos para chegar a consensos, foi substituída por uma razão dogmática que se vale de subterfúgios e truques.

Na reprodução humana tem havido uma moratória não declarada da manipulação genética. Bioeticistas importantes, como Berlinguer, são contrários à manipulação genética do ser humano. Outra modalidade de intervenção genética, já experimentada em animais, é a clonagem, que permite a reprodução de um ser, a criação de um novo ser com as mesmas características genéticas de um ser nascido muito antes e até já morto. É conseguida fazendo com que um óvulo do ser germine sem ter sido fertilizado, como ocorre com a autogerminação de alguns tubérculos. A técnica da clonagem consiste em retirar o núcleo do óvulo, colocando em seu lugar o núcleo de

uma célula qualquer do mesmo organismo, que já possui todo o jogo completo de cromossomas que dão ao indivíduo a identidade genética. O óvulo começa a desenvolver-se como se tivesse sido germinado, reproduzindo o ser. Aplicado ao ser humano, permitiria produzir gêmeos idênticos não simultâneos (não nascidos ao mesmo tempo). Já se trabalha numa técnica que permite a clonagem dos óvulos fecundados (zigotos), na fecundação *in vitro*. No Brasil a clonagem é explicitamente proibida pela Lei 8.974. Também é restringida a pesquisa com células-tronco, presentes em células embrionárias na fase de blastócito e no cordão umbilical. Graças à capacidade de multiplicar-se e diferenciar-se nos mais variados tecidos do corpo humano (sangue, ossos, nervos, músculos, etc.), essas células têm grande importância terapêutica no tratamento de lesões incapacitantes da medula espinhal, que impedem movimentos, entre outras aplicações.

As questões éticas suscitadas pela clonagem e pela manipulação do código genético do ser humano são transcendentais. Virtualmente, o homem faz-se Deus, podendo criar seres conforme um padrão genético pré-selecionado. Em tese, podem-se criar exércitos de soldados superdotados, ou, ao contrário, multidões de seres dóceis, e assim por diante. É o novo mundo de Huxley tornando-se realidade.

Os cientistas, fascinados pela genética, desenvolvem em escala mundial o projeto Genoma Humano, que visa a identificar todos os cromossomas do ser humano. Em virtude dos riscos potenciais, um comitê de especialistas de governo, convocado pelas Nações Unidas, aprovou em 1997 um projeto de declaração sobre o genoma humano, considerando-o um patrimônio genético da humanidade, que precisa ser preservado e que só pode ser manipulado em condições muito estritas e em completo respeito aos direitos humanos. A Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos considera violações dos direitos humanos a discriminação genética e alerta que o genoma humano sofre mutações, evolui por sua própria natureza e contém potencialidades que se expressam de modo diferente em cada indivíduo. A declaração proíbe a clonagem humana e exige a garantia do princípio da dignidade humana.

Sobre o direito de morrer

A sociedade sempre respeitou o momento dramático da morte. Mesmo a mídia trata a morte com respeito. Evita, por exemplo, descrever detalhes do momento da morte que possam afetar a reputação ou a imagem da pessoa que morre. Mas entre os médicos ainda é muito forte o que se chama de **obstinação terapêutica**, a insistência do médico em esgotar todos os recursos da tecnologia para prolongar a vida, transformando clínicas em centros de tortura e sofrimento. **Eutanásia** significa “a boa morte”. É a morte misericordiosa, para acabar com o sofrimento. Do ponto de vista dos princípios da autonomia e da liberdade individual, não há dúvidas sobre o direito da pessoa de morrer dignamente, de recusar o tratamento e, assim, abreviar sua agonia. Nem a sociedade pode forçar um tratamento, a menos que o mal represente um perigo para a sociedade toda – como é o caso de certas doenças altamente contagiosas. A estranheza que ainda existe em relação à eutanásia decorre do fato de que a vida não é um direito, é um destino, e, portanto, a morte passa a ser encarada também como destino. Mas é exatamente com base no conceito de destino que a Igreja Católica, apesar de se opor ao suicídio, aceita a validade do desligamento de aparelhos que prolongam a vida em situações sem perspectivas de reversão do quadro clínico. É como se, nesses casos, o curso do destino estivesse sendo negado. A Igreja Católica aceita o desligamento dos aparelhos também nos casos de coma prolongado, pois se a inconsciência era profunda e irreversível, pontificou Pio XII em 1957, não havia obrigatoriedade de usar recursos extraordinários para manter o corpo vivo.

Se o prolongamento da vida significa o mero prolongamento do sofrimento, já é consensual em muitos países o direito do doente de pedir o desligamento de aparelhos, ou suspensão de alimentação forçada, o que se chama de **eutanásia passiva**. É amplamente aceita em vários estados dos Estados Unidos e tolerada, desde que expressamente solicitada pelo doente, no Canadá, Holanda e alguns outros países. Essa aceitação permite o desenvolvimento de uma casuística e de uma reflexão mais ampla sobre o poder discricionário do médico nas situações de eutanásia potencial e

sobre os valores éticos envolvidos. A **eutanásia ativa**, na qual o médico, a pedido do doente e de sua família, toma providências específicas para provocar a morte, ainda é um tabu e objeto de luta por grupos de ativistas que a defendem como um dos direitos fundamentais do homem.

No Brasil, a eutanásia é expressamente proibida pelo Conselho Federal de Medicina, de modo que se o médico permitir o desligamento de aparelhos, pode ser acusado de negligência médica e até mesmo de homicídio. Numa tímida abertura, o Conselho Federal de Medicina definiu, em 1998, que era ético o médico “não complicar a terapêutica” e que é antiético prolongar o sofrimento físico do agonizante. O debate do senso comum, da moral médica e dos legisladores sobre a eutanásia ressentem-se do que Giovanni Berlinguer chama de “fascínio assustador” pela situação limite da morte. Para ele o critério da boa conduta médica não deveria ser a qualidade do momento da morte, ou o fato da morte em si, mas a preocupação em evitar a agonia dolorosa, especialmente saber distinguir os atos que mantêm a agonia dolorosa dos atos que permitem o prolongamento de uma vida minimamente saudável. O bioético brasileiro Marco Segre é a favor até mesmo da eutanásia assistida, na qual o médico ajuda o doente a pôr fim ao seu sofrimento.

Mais uma vez, o problema é dos limites da intervenção. Se hoje se desligam os aparelhos de auxílio à respiração dos que estão prestes a morrer, amanhã, podem-se desligar os aparelhos dos que estão em coma, e depois, dos que sofrem de alguma síndrome dolorosa e incurável, mas não estão necessariamente à morte.

Bioética e meio ambiente

A palavra bioética foi usada pela primeira vez não em referência à biomedicina, e sim aos efeitos da engenharia genética no equilíbrio ambiental e no destino do nosso ecossistema. Rensselaer Potter, motivado pelo potencial apocalíptico das novas tecnologias, pelo risco de destruição da própria vida humana com a intervenção do homem nos códigos genéticos, propôs uma reaproximação entre o saber científico, cujo valor supremo e praticamente

único é o **conhecimento**, em nome do qual tudo é válido, e uma ética referenciada por outros valores. Propôs uma nova ética para as atividades científicas, não apenas aquelas ligadas ao homem, mas a toda intervenção na natureza, na biosfera. Nessa bioética, como ela a chamou, o valor moral mais importante é o da **responsabilidade** (pelo destino da biosfera). Numa ética assim, físicos não teriam contribuído para as explosões de artefatos nucleares, e biólogos proporiam uma moratória nas técnicas de manipulação genética até que suas implicações principais para o destino da biosfera ficassem mais claras.

O alemão Hans Jonas, na mesma linha, fala em uma **ética de previsão e da responsabilidade**. Propõe o princípio da responsabilidade pelo destino de toda a biosfera, incluindo plantas, animais e o ambiente geral, como valor nuclear de uma bioética. Outro dos formuladores dessa bioética aplicada à relação homem-natureza, Peter Singer, divide todos os seres, inclusive animais, em pessoas e não pessoas, no sentido de serem pessoas os que têm autoconsciência, capacidade de relacionar-se com os outros, comunicação e curiosidade, entre outros atributos. Um ser humano em coma é, assim, de menor valor, como pessoa de um dilema ético, do que um bom chimpanzé.

Com sua bioética, Potter desafiava um dos fundamentos da ciência moderna, formulado por David Hume em 1740. Pelo axioma de Hume, do estudo da natureza pode-se saber como ela funciona, mas nunca como ela deveria funcionar segundo este ou aquele ditame ético. Para Hume e todos os seguidores do paradigma newtoniano, não pode haver nenhuma interface entre as leis da natureza e as leis da moral humana. Daí a resistência que a ciência ainda oferece à bioética.

Em busca de uma nova consciência moral

Governos têm permitido as mais brutais intervenções humanas na natureza, desenvolvem armas nucleares, químicas e bacteriológicas, contratam pesquisas perigosas ao meio ambiente. A humanidade, nesses casos, tem reagido somente quando se dá o desastre. É vital, na denúncia dessas práticas, em geral levadas secretamente, o papel da mídia. A energia nuclear,

caso mais extremo, desenvolveu-se inteiramente à margem dos mecanismos democráticos de decisão e de controle, criando uma cultura de secretismo e de supressão de informações, que só emergem no momento do desastre, e mesmo assim parcialmente. A mídia publica muito sobre o efeito estufa, as devastações das florestas tropicais e a extinção de algumas espécies animais, mas numa postura ainda fortemente reativa, que não resolve o dilema ético, desenvolvimento *versus* preservação. Quase não trabalham com o conceito de **desenvolvimento sustentado**, popularizado pelo Relatório Bruntland, de 1987, o primeiro grande estudo sancionado pela ONU, sobre os efeitos globais no meio ambiente do padrão de crescimento econômico adotado universalmente. O relatório propõe um novo padrão de desenvolvimento econômico, que além de atender ao conjunto de demandas sociais presentes, não comprometa o atendimento futuro dessas demandas. Hoje, a maioria dos sistemas econômicos nem atendem às necessidades atuais de grande parte da população, em trabalho, educação e moradia digna, nem asseguram o hábitat do planeta.

Nos campos da engenharia genética e reprodução assistida, domina no jornalismo a espetacularização da notícia, que não contribui para o desenvolvimento de uma consciência moral capaz de dar conta dos novos dilemas éticos. O principal cuidado jornalístico consiste, portanto, em contextualizar as informações e as notícias, fornecendo seus antecedentes e seus contornos e implicações éticas. Municiar o leitor com informações sobre o desenvolvimento e as posições das várias correntes da bioética. Mesmo os médicos e pesquisadores pouco sabem sobre a bioética. Como filosofia especulativa da moral e como trabalho normativo, ela deve ser acompanhada de perto. Os grandes jornais deveriam ter uma seção permanente de bioética.

Deve-se evitar o mero denunciismo nas histórias de reprodução assistida, aborto em especial, e de eutanásia. Ainda que ferindo eventualmente a lei brasileira, essas práticas já são legais e legítimas em muitos países. E envolvem conflitos entre valores profundos que devem ser levados em conta. O jornalista deve considerar a diferença entre o legal e o legítimo e as diferentes éticas individuais e de grupos; as diferenças entre os recursos à

disposição dos ricos para a reprodução assistida e para o aborto e os recursos à disposição dos pobres. Considerar o anacronismo de nossos códigos Civil (1916) e Penal (1940), anteriores às grandes revoluções da Medicina e da biotecnologia.

Na cobertura da experimentação médica, cabe a vigilância sistemática e, se for o caso, a denúncia, porque é forte a propensão do médico, da indústria farmacêutica e das instituições de pesquisa de usar subterfúgios para acomodar-se aos requisitos do consentimento informado. Ao jornalista cabe, acima de tudo, defender os direitos humanos violados e cobrir criticamente a relação médico-paciente que se estabelece quando o médico usa o paciente para sua pesquisa. Os mesmos princípios aplicam-se às pesquisas sobre o genoma humano.

Referências

- BARCIFONTAINE, C. P.; PESSINI, L. *Problemas atuais da bioética*. São Paulo: Loyola.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDERS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1994.
- BERLINGUER, Giovanni. *Questões de vida*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BURSZTYN, Marcel. *Desenvolvimento sustentável*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- ENGELHARDT, H. T. *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press, 1996.
- FEINBERG, Joel. The rights of animals and unborn generations. In: BLACKSTONE, W. T. *Philosophy & environmental crisis*. University of Georgia Press, 1974.
- FINNIS, J. *Fundamentals of ethics*. Oxford: Clarendon Press, 1983.
- GARRAFA, Volnei. *Dimensão ética e saúde pública*. São Paulo: Edusp, 1995.
- HÉBERT'Philip C. *Doing right*. New York: Oxford University Press, 1996.
- JONAS, Hans. *Técnica, medicina y ética*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1985.
- JONAS, Hans. *Le principe responsabilité*. Paris: Editions du Cerf., 1992.
- LUTZENBERGER, José. *Pesadelo atômico*. São Paulo: Ched Editorial, 1980.
- OLIVEIRA, Fátima de. *Engenharia genética, o sétimo dia da criação*. São Paulo: Moderna.
- PAHO. *Bioethics, issues and perspectives*. Washington, DC: PAHO, 1990.

- PEARCE, Fred. *The Last generation*. London: Transworld Publishers, 2006.
- PELEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. *For the patients's good*. New York: Oxford University Press, 1988.
- POTTER, V. R. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
- REICH, Warren T. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Free Press, 1978.
- SACHS, Wolfgang (Editor). *The development dictionary*. London: Zed Books, 1992.
- SACHS, Wolfgang. *Global ecology*. London: Zed Books, 1993.
- SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). *Bioética*. São Paulo: Edusp, 1995.
- SGRECIA, Elio. *Manual de bioética*. São Paulo: Loyola, 1996.
- STEINBOCK, Bonnie. *Life before birth*. New York: Oxford University Press, 1992.
- SINGER, Peter. *Practical ethics*. Cambridge University Press, 1979.
- VEATCH, R. M. *Medical ethics*. Boston: Jones & Bartlet, 1989.