

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE RECURSOS HUMANOS
CENTRO DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE-CEFOR



CURSO DE BIOÉTICA E SAÚDE

De 26 a 28 de maio de 1997

Docentes:

LEOCIR PESSINI - Diretor do Instituto Camiliano da Pastoral da Saúde e Bioética
Vice Diretor das Faculdades Integradas São Camilo

CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE -
Professor de Bioética
Superintendente da União Camiliana
Diretor Geral das Faculdades Integradas São Camilo

61:174
P566cur
ex.2

BIOÉTICA

Leo Pessini*

Esquema resumo:

- A - Aspectos globais de sua gênese e desenvolvimento**
- B - Modelos de análise teórica (paradigmas)**
- C - Abrangência Temática**
- D - Comentários conclusivos**
- E - Bibliografia**

A - ASPECTOS GLOBAIS DE SUA GÊNESE E DESENVOLVIMENTO

I - Antecedentes histórico-culturais

Thomas Percival cunha o termo **Ética médica** (1803) - "Pai" da ética médica.
Situação clássica da ética médica: ética de código único.

"Nenhuma profissão foi tão consciente dos problemas éticos de seu exercício desde a antiguidade, como a medicina" .(Robert Veatch)

Mudança: de moral ou ética médica para **bioética**.

Razões:

1) Progresso da técnica ciência no âmbito das ciências da vida e da saúde

"A medicina mudou muito mais nos últimos 50 anos que nos 50 séculos precedentes"
(**Jean Bernard**)

Alguns fatos:

- a)** - Descobrimto do *DNA* - início da revolução biológica (Watson eCrick - 1954)
- b)**- Acontecimentos em torno da diálise em **Seattle** (EUA - 1962) - Dr. Belding Scribner- criação do chamado "comitê de Deus".
- c)**- Experimentação em seres humanos
- d)**- Início da era dos transplantes de coração;
- e)**- Novo conceito de morte cerebral (**Harvard** -1968);
- f)** - Caso Karen Ann Quinlan...Jovem norte americana ingressa na UTI (14/4/1975) em estado de coma devido à ingestão de drogas e álcool. Batalha judicial para desligar os aparelhos.

* Vice-Diretor Geral das Faculdades Integradas São Camilo - São Paulo, especialista em bioética e Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde-CNBB.

2) Processo de secularização na década de 70

"A bioética nos seus inícios foi produzida a partir da ética filosófica e teológica"

(Albert Jonsen)

" Os primeiros praticantes da bioética contemporânea foram os teólogos e filósofos. Inicialmente, a bioética era abstrata, teórica, racional e fortemente influenciada por sistemas de pensamento teológico e filosófico. Depois, os bioeticistas buscaram modelos éticos mais práticos, que pudessem ser compartilhados pelas pessoas de diferentes crenças e que pudessem ajudar no processo de tomada de decisões em instituições assistências que servem a uma população moralmente pluralista".

(James Drane)

Entram em cena a seguir os filósofos e advogados!

Teólogos precursores:

- Joseph Fletcher (episcopal): **Morals and Medicine**(1954); Paul Ramsey (metodista): **The patient as a Person**_(1970); James M. Gustafson (protestante);- Charles Curran e Richard McCormick (católicos).

3) Movimento de emancipação dos doentes

Carta dos direitos dos doentes aprovada pelos hospitais dos EUA (1973): Novo marco nas relações entre profissionais da saúde e doentes.

Antes: paternalismo: enfermo é um menor de idade. O profissional é um senhor absoluto que sabe e decide.

Novidade: consentimento informado (informed consent).

"A Igreja católica teve que esperar até o Vaticano II (1965) para reconhecer a autonomia do indivíduo (decreto sobre a liberdade religiosa). A medicina precisou mais alguns anos para reconhecer a liberdade do enfermo"

(Diego Grácia - bioeticista espanhol)

4) Experimentação em seres humanos

Três casos notáveis:

a) Hospital Israelita de doenças crônicas (New York - 1963). Pesquisadores queriam obter maiores informações sobre o processo de rejeição de transplantes em seres humanos. Um Grupo de Idosos doentes receberam injeções de células cancerígenas.

b) Estudo no hospital estatal de Willowbrook (NY) Instituição para deficientes mentais. Os participantes da pesquisa eram crianças que foram deliberadamente infectadas com o vírus da hepatite (1950-1970).

c) Estudo de sífilis de em Tukesgee (Alabama). Foram deixados sem tratamento 400 negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença. Pesquisa que continuou até 1972 apesar do descobrimento da penicilina em 1945.

5) contexto sócio-político

- movimento dos direitos humanos
- nova consciência individual e coletiva da autonomia do ser humano;
- crise da noção de progresso como essencialmente positivo;
- Intensificação do questionamento da ciência: "O que devo fazer" frente ao "que posso fazer". Imperativo científico cede lugar ao imperativo ético.

II - GÊNESE : aspectos históricos evolutivos

Como a bioética ganhou seu nome?

Neologismo: Grego: *bios* (vida) e *ethike* (ética). Conjuga biologia e ética numa síntese paradigmática de ciência e consciência, fatos e valores, ser e dever ser.

Lugar: Madison (WI) e Washington (DC) nos EUA.

1) Protagonistas

Van Rensselaer Potter, na Universidade de Wisconsin (Madison - EUA), quem primeiro cunhou o termo **Bioethics** ao escrever o livro **Bioethics: bridge to the future** (Prentice-Hall - Englewood Cliffs - New Jersey - 1971). Sua última obra intitula-se **Global ethics**.

" O propósito deste livro é contribuir para o futuro da espécie humana promovendo a formação de uma nova disciplina, a bioética. Se existem 'duas culturas' que parecem incapazes de falar uma com a outra - ciência e humanidades - e se isto é parte da razão pela qual o futuro se mostra tão incerto, então possivelmente deveríamos criar uma 'ponte para o futuro', construindo a disciplina da bioética como ponte entre as duas culturas". **Van Rensselaer Potter**

"O objetivo desta disciplina, como eu vejo, seria de ajudar a humanidade em direção a uma participação racional, mas cautelosa no processo da evolução biológica e cultural.

Como uma nova disciplina que combina conhecimento biológico com o conhecimento dos sistema de valores humanos. Escolho 'bio' para representar o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas viventes, e 'ética' para representar o conhecimento dos sistemas de valores humanos"

(**Van Rensselaer Potter**).

O objetivo último desta disciplina, segundo Potter: "não somente enriquecer as vidas individuais mas prolongar a sobrevivência da espécie humana numa forma aceitável de sociedade".

André Hellegers, obstetra holandês/ fisiologista fetal/ demógrafo, na Universidade de Georgetown, foi quem primeiro utilizou o termo num contexto institucional num sentido muito mais restrito aplicando-o à ética médica e pesquisa biomédica. Este significado é que acabou se consagrando nos meios acadêmicos e na opinião pública.

A palavra "bioethics" apareceu no nome original do Instituto no ano de sua fundação 1971: ***The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics***. Hellegers introduziu o termo "bioethics" no mundo da academia, ciências biomédicas, governo e mídia. Fundou e dirigiu o primeiro instituto do mundo voltado especificamente para a "bioética".

Hellegers descreve seu próprio papel na bioética como "uma pessoa ponte entre medicina, filosofia e ética". Pensa que a bioética seria uma disciplina única que combinaria ciência e ética. No componente científico incluiria ciências biológicas e sociais e no componente ético incluiria a ética religiosa e secular.

2) Viabilidade do termo bioética

Dois eventos marcantes:

a) A publicação da ***Encyclopedia of Bioethics*** -Warren Thomas Reich (*Editor in chief*) - Georgetown University - Washington (EUA):

1978 - Primeira edição - Trabalho de 6 anos, 315 artigos com uma média de 3400 palavras cada um 4 vol. 290 autores, trabalho de 500 pessoas entre consultores e revisores de todas as partes do mundo.

1995 - Segunda edição: 464 artigos originais, 437 autores em 5 volumes. Caráter internacional, multicultural e interdisciplinar. Disponível em CD-ROM.

b) Cartão de identificação de assunto chaves da Biblioteca do Congresso Americano utiliza o termo "bioética"(abril-1974). Artigo de Daniel Callahan *Bioethics as a discipline* (1973) serve de base.

*" À luz de suas origens, a bioética é melhor definida no seu **sentido global**, como a **ética das ciências da vida e da saúde**. Isto significa que a bioética vai **além de assuntos éticos em medicina** para incluir questões éticas de saúde pública, problemas populacionais, genética, saúde ambiental, práticas e tecnologias reprodutivas, saúde e bem estar animal..."*

(Warren Thomas Reich)

Warren Thomas Reich sugere uma distinção no título desta disciplina: Usar o termo bioética no sentido original global, referindo-se a ética das ciências da vida e da saúde e então usar adjetivos para especificar áreas particulares de preocupação dentro da bioética. Ex. *bioética médica, bioética ecológica, bioética clínica, bioética de enfermagem*.

3 - Por quê o novo campo começou com a palavra bioética?

Razões:

- a) em si simbolizou e estimulou uma interação sem precedentes de problemas biológicos, médicos, tecnológicos, éticos e sociais e métodos de pensamento.
- b) desempenhou um importante papel em criar um novo forum e uma nova plataforma a partir da qual se pode falar, deixando de lado suspeitas de sectarismo e ideologia religiosa previamente sugeridas pela palavra "ética".
- c) teve um efeito inovador ao criar um aceitável terreno secular, quer no âmbito da academia, bem como no âmbito público; onde idéias científicas, da área da saúde, religiosas, filosóficas, sociais e políticas, encontraram-se e criaram um modo novo e multidisciplinar de busca.

4 - Bioética nascente e princípios

Congresso americano cria em 1974 a **comissão nacional para a proteção dos sujeitos humanos da pesquisa biomédica e comportamental** (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*).

Objetivo desta comissão:

"Levar a cabo uma pesquisa e estudo completo, que identificasse os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina".

Esta comissão demorou 4 anos para a publicação do Relatório Belmont. A grande novidade são os três princípios, bem como os procedimentos práticos dele derivados para a resolução de conflitos éticos.

Os três princípios éticos fundamentais identificados:

- 1) - autonomia- consentimento informado;-
- 2) - beneficência- riscos e benefícios;
- 3) - justiça - equidade - sujeitos de experimentação;

"Princípios éticos mais globais deveriam prover as bases sobre as quais formular, criticar e interpretar, algumas regras específicas".

Sua função seria de servir de:

"ajudar aos cientistas, sujeitos de experimentação, avaliadores e cidadãos interessados em compreender os conceitos éticos inerentes à experimentação com seres humanos".

Obra de BEAUCHAMP & CHILDRESS - Principles of biomedical ethics (1979 - na sua 4a. edição) principal documento da bioética nascente. Aplicam na prática clínica e assistencial. Acrescentam aos três princípios o *princípio da não maleficência*. (*Primum non nocere* dever de não causar dano)

5) Um conceito clássico de bioética (Enciclopédia de bioética):

Primeira edição (1978):

Bioética é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto esta conduta é examinada à luz de valores e princípios morais(...).

A bioética abarca a ética médica, porém não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados a valores, que surgem da relação entre médico e paciente. A bioética constitui um conceito mais amplo, com quatro aspectos importantes:

Compreende os problemas relacionados a valores que surgem em todas as profissões de saúde, inclusive nas profissões 'afins' e nas vinculadas à saúde mental.

Aplica-se às investigações biomédicas e às do comportamento, independentemente de influírem ou não de forma direta na terapêutica.

Aborda uma ampla gama de questões sociais, como as que se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a ética do controle da natalidade, entre outras.

Vai além da vida e da saúde humanas, enquanto compreende questões relativas à vida dos animais e das plantas, por exemplo, no que concerne às experimentações com animais e a demandas ambientais conflitivas”.

(NB: Os grifos são nossos!)

(*Encyclopedia of Bioethics*, vol. I, Introdução, p. XIX- Warren T. Reich)

Segunda edição(1995):

Definição de bioética:

“Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas bios(vida) e ethike(ética). Pede-se defini-la como sendo o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão, decisão, conduta e normas morais - das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar”.

Comentário:

- 1) Na definição de bioética da 2a. edição, evita-se usar os termos “valores” e “princípios” num esforço para se adaptar ao pluralismo ético atual na área da bioética.
- 2) As duas definições tem em comum o propósito de introduzir ética nas ciências da vida e do cuidado da saúde..

III - Bioética na América Latina e Caribe

1. Programa Regional de Bioética da OPAS

Organização Panamericana da Saúde em convênio com a Universidade do Chile e Ministério da Saúde do Chile (3/11/1994).

Objetivos:

- a) *Constituir o Programa num organismo que dê assessoria e apoio eficiente às atividades dos países no campo da Bioética.*
- b) *Desenvolver linhas de coordenação e cooperação entre o Programa e as divisões técnicas da organização e seus centros. Identificar os profissionais, centros e instituições que desenvolvem atividades relacionadas com a bioética na América Latina e Caribe para colaborar em seus planos de ação.*
- c) *Manter e difundir informações das atividades que se relacionam com a Bioética na América Latina e Caribe.*
- d) *Organizar a rede de centros nacionais e latino-americanos e instituições dedicadas à bioética e facilitar a vinculação entre si e o Programa.*
- e) *Criar um serviço de informação que permita entregar à rede informes sobre publicações de livros, artigos de interesse em bioética, congressos, seminários e todo tipo de atividades relacionadas com o tema.*
- f) *Manter uma base de dados em temas de bioética*
- g) *Apoiar as publicações e pesquisas em Bioética que alcancem um elevado nível acadêmico e tenham conteúdos relevantes para a informação dos profissionais da saúde para o desenvolvimento desta disciplina na região.*
- h) *Manter uma publicação periódica que dê informações das atividades do programa e da rede de centros de bioética da região.*
- i) *Priorizar e focalizar o estudo de áreas temáticas, em base aos interesses dos países e das políticas e objetivos da OPS*
- j) *Apoiar as atividades de cursos, seminários, cujo tema central seja a bioética.*
- k) *Manter um serviço de consultoria e assessoria em Bioética para as distintas divisões e representações técnicas, programas e centros da OPS/OMS.*



BIBLIOTECA
CEFOR

1.4. Linhas temáticas prioritárias

a) ÉTICA CLÍNICA - ética e a prática médica

Temas: dor e sofrimento humano, informação ao paciente e família: confiança, veracidade e confidencialidade; medicina reprodutiva: anticoncepção e técnicas de fertilização assistida; aborto; problemas de UTI, ordens de não ressuscitar, interrupção de tratamentos; transplantes, morte cerebral, doação de órgãos, medicina forense, maltrato de menores e tortura.

b) EDUCAÇÃO EM BIOÉTICA

Área prioritária. Educação em temas e princípios de bioética nas profissões de saúde e em outras tais como direito, sociologia, antropologia, teologia e filosofia.

Urgente introduzir nos currículos de formação dos profissionais da saúde a disciplina de bioética, independente da medicina legal.

c) ÉTICA DA PESQUISA

Sente-se a necessidade de estabelecer um controle ético da pesquisa, bem como desenvolver linhas de pesquisa nos temas prioritários de bioética entre os quais: consentimento informado, avaliação dos riscos e benefícios para os pacientes.

Desenvolver os valores próprios, particularmente os relacionados com a solidariedade, estrutura familiar, costumes e conceito de equidade e justiça.

Preconiza-se a constituição de comissões de ética de pesquisa. Assim vai se criando uma consciência crítica que oriente a pesquisa biomédica em projetos que honrem a dignidade e a autonomia dos pacientes e comunidades.

d) BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

• As políticas de saúde exigem que se priorizem metas e programas com critérios éticos. *O princípio ético fundamental é o da justiça.* Temas de maior urgência a serem abordados:

- comissões de ética institucionais
- bioética, acesso, distribuição e alocação de recursos.
- medicina preventiva e educação para a saúde.
- legislação em assuntos de saúde
- políticas de proteção do meio ambiente

2) II CONGRESSO MUNDIAL DE BIOÉTICA

- . Local: Buenos Aires Data: 24-26 de outubro de 1994
- . Promoção: Associação Internacional de Bioética
- . Organização: Escuela Latino-americana de Bioética - Fundación Dr. José Maria Mainetti, da Argentina.

Núcleos fundamentais de problemas abordados no congresso :

- a) *FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA* - com um acento particular nos princípios da bioética. A discussão da famosa "trindade bioética" - autonomia, beneficência e justiça
- b) *BIOÉTICA CLÍNICA* - relacionamento profissional - paciente, sobre a morte e o morrer (morte cerebral), eutanásia, transplantes, consentimento informado, comitês multidisciplinares de bioética, tecnologias reprodutivas conceptivas (NTRC)...
- c) *BIOÉTICA SOCIAL* - políticas de saúde, reforma dos sistemas de saúde, recursos na saúde, ecologia; comissões nacionais de bioética.
- d) *BIOÉTICA TRANSCULTURAL* - bioética na América Latina, nos EUA, na Europa, na Oceania, Índia e Ásia. Percebe-se acentos culturais "diferentes".

3) III CONGRESSO MUNDIAL DE BIOÉTICA

. Local: São Francisco (EUA) Data: 22-24 de novembro de 1996

. Tema: **Bioética num mundo interdependente**

. **Eventos pré e pós congresso:**

- 1- Cúpula Internacional de comissões nacionais de bioética
- 2 - I Conferência Internacional sobre abordagens feministas em bioética
- 3 - Projeto genoma humano
- 4 - Globalização da bioética: direitos humanos e profissões da saúde
- 5 - II Encontro Internacional da rede sobre definição de morte: uma perspectiva transcultural

Quatro fases evolutivas da bioética:

- 1) Ética médica, ética clínica, códigos profissionais;
- 2) Relação médico paciente (o que os médicos estão fazendo? direitos do paciente...);
- 3) Sistema de saúde, economia ligada à saúde, alocação de recursos...
- 4) Atual: saúde da população com ênfase em direitos humanos, justiça social, ecologia...

4) ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA:

Edita uma revista (oficial) denominada "**Bioethics**", mentora dos congressos internacionais, possui os seguintes objetivos educativos e científicos:

- a) facilitar os contatos e o intercâmbio entre os que trabalham com bioética nas diferentes partes do mundo;
- b) organizar e promover periodicamente congressos internacionais de bioética;
- c) incentivar o desenvolvimento da pesquisa e do ensino em bioética;
- d) apoiar o valor do debate livre, aberto e racional dos problemas de bioética.

5) FEDERACIÓN LATINO-AMERICANA DE INSTITUCIONES DE BIOÉTICA - FELAIBE (Bogotá - Colômbia)

Objetivos:

- 1) Fomentar e manter, entre as instituições de Bioética da A. Latina, intercâmbio, ajuda mútua em relação a iniciativas e atividades, projetos em questões de ética médica e bioética. Criar e promover a fundação de centros de bioética;
- 2) Promover, apoiar e difundir o ensino da ética médica nas escolas e faculdades de saúde na A. Latina.

6) I CONGRESSO DE BIOÉTICA DA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Seminário Sul Americano do programa regional de bioética para a América Latina e Caribe. OPS/OMS - V Encontro da FELAIBE
São Paulo - Brasil - 17-19 de outubro de 1995.

Promoção:

- Associação Brasileira de Ética Médica (ABRADEM)
- Federação Latino Americana de Instituições de Bioética (FELAIBE)
- Programa Regional de Bioética para a América Latina e Caribe OPS/OMS
- Sociedade Brasileira de Bioética(SBB).

IV - BIOÉTICA NO BRASIL *Algumas Iniciativas*

1. Sociedade Brasileira de Bioética - Foi fundada em São Paulo no dia 18 de março de 1995 Objetiva congregar docentes e pesquisadores das diversas áreas de interesse da bioética. Realizou em 1996 o **I Congresso de Bioética** em São Paulo (SP).

A Primeira Diretoria da Sociedade Brasileira de Bioética está assim formada: Presidente: William Saad Hossne; 1 vice-presidente: Sérgio Ipiabina F. Costa; 2 vice-presidente: Victor Pereira; 1 secretário: Cláudio Cohen; 2 secretário: Roland Fermin Schramm; 1 tesoureiro; Volnei Garrafa; 2 tesoureiro: Daniel Romero Munoz.

2. PUC- Belo Horizonte - Núcleo de estudos de bioética editou vários números de "Cadernos de bioética"(1993).

3. Conselho Federal de Medicina - (Brasília - DF) - Edita a revista Bioética (1993). Sua filosofia editorial "objetiva criar condições para a discussão multidisciplinar e pluralista de temas de bioética".

4. Abradem - Associação Brasileira de Ética Médica, fundada em 1987 em São Paulo. Congrega profissionais médicos e não médicos.

5. Centro de Estudos do Instituto Oscar Freire - Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do trabalho -Faculdade de Medicina da USP.

6. Faculdades Integradas São Camilo - Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde e Bioética. Edita um boletim mensal (Boletim-ICAPS) e a revista "O mundo da saúde".

Realizou vários Congressos de bioética em São Paulo com a seguinte temática:

- a) *Bioética no início da vida* (5 a 7 de março de 1993)
- b) *Acerca da morte e do morrer* (9 a 11 de março de 1994)
- c) *Bioética e genética* (15-17 de junho 1995)
- d) *Bioética e globalização* (de 14 a 16 de agosto de 1997)

7. O Alfonsianum - Coleção de livros sobre Teologia Moral na América Latina e tem desenvolvido uma reflexão da bioética a partir do Terceiro Mundo.

8. Núcleo de estudos na **Universidade de Brasília** que editou um número monográfico sobre bioética na Revista Humanidades da mesma universidade (n.34). O Prof. Drº Volnei Garrafa está implantando nesta Universidade um programa de graduação em bioética.

9. Núcleo de Estudos da PUC - Porto Alegre com a atuação do Prof. Dr. Joaquim Clotet. Nesta Universidade existe desde 1988 a disciplina de bioética nos cursos de pós-graduação de medicina.

10. Ética médica - medicina legal - bioética

a) Contexto brasileiro:

a) O ensino da Ética Médica no currículo básico das escolas de medicina existe como matéria obrigatória. Esse ensino tem uma tendência de ser voltado basicamente para a deontologia.

- b) Existe uma acentuada falta de atenção para essa matéria, pois, de um currículo total de 8640 horas/ensino, somente 50 horas, no máximo, são oferecidas para esse assunto, ou seja, 0,6%.
- c) A maioria dos responsáveis pelo ensino de Ética Médica tem exclusivamente formação médica - praticamente 90%.
- d) O número de docentes é pequeno, pois 85% das Escolas possuem só 2 (dois) professores para essa matéria.
- f) O ensino prático, ou de discussão de casos, não existe em 62% dos casos.
- g) O ensino da Ética Médica, como disciplina autônoma, ocorre em apenas 1/3 (um terço) das Escolas.
- h) O ensino da Ética Médica é historicamente ligado à Medicina Legal, o que ocorre em 90% das escolas em que essa disciplina não é autônoma.
- i) Finalmente, não existe curso de pós-graduação em Ética Médica no Brasil .

NB: Conclusões de um trabalho de Marylu Motta e S. Cunha que envolveu as 79 das 81 de medicina existentes no Brasil (1992).

11. *Comissões de (bio)ética*

Antecedentes:

Código de Nuremberg (1947)

Declaração de Helsinque (1964)

a) Comissão de ética e deontologia médica

Deveres e direitos inerentes ao exercício profissional médico

b) Comissão de ética e deontologia em enfermagem

Deveres e direitos inerentes ao exercício profissional do enfermeiro

c) Comitê de ética em pesquisa em saúde

Adequação ética dos projetos de pesquisa

d) Comitê de bioética

Reflexão sobre os dilemas morais sobre a prática e procedimentos realizados no âmbito da instituição.

e) Comissões Nacionais de Bioética

França, Itália, Estados Unidos,...

B - MODELOS DE ANÁLISE TEÓRICA (PARADIGMAS)

1 - Princípio

4 Princípios:

- Beneficência,
- não-maleficência,
- autonomia,
- justiça
 - *Tom Beauchamp & James Childress*
 - Obra: **Principles of biomedical ethics (1979)**

2 - Liberalismo

- T. Hobbes; J. Locke; Adam Smith
- Direitos humanos
- Valor central da autonomia do indivíduo
 - *Tristan Engelhardt*
 - Obra: **The foundation of bioethics (1986)**

3 - Virtudes

- Atitudes que embasam a ação
- Tônica no agente (profissionais)
- Formação do caráter e personalidade
 - *Edmund Pellegrino e David Thomasma*
 - Obra: **For the patient's good (1988)**

4 - Casuística:

- Importância dos casos e suas particularidades
- Ética clínica
 - *Albert Jonsen & Stephen Toulmin*
 - Obra: **The abuse of casuistry: a history of moral reasoning (1988)**

5 - Cuidado:

- Psicologia Evolutiva
- valor do cuidado (feminina) X justiça (masculina)
 - *Carol Gilligan*
 - Obra: **In a different voice. Psychological Theory and women's Development (1982)**

6 - Naturalismo:

- T. Hobbes; J. Locke; Adam Smith
- Direitos humanos
- Valor central da autonomia do indivíduo
 - *Tristan Engelhardt*
 - Obra: **The foundation of bioethics (1986)**

7 - Personalismo:

- Antropologia humanista (Europa)
- Ser humano na sua globalidade
- Racionalidade teológica dos juízos e normas éticas
 - *E. Egrecchia; C. Viáfora; S. Spisanti*

8 - Contratualismo:

- contrato: médico x paciente; médicos x sociedade
- Honrar alguns princípios fundamentais: beneficência, não matar, dizer a verdade, manter as promessas.
 - *Robert Veatch*
 - Obra: **A Theory of medical ethics (1981)**

9 - Fenomenológico e Hermenêutico

- interpretação e sentido das realidades de vida e saúde (experiências)
- Papel das religiões como serviço de interpretação
 - *Drew Leder*
 - Toward a hermeneutical bioethics
in AAVV, **A matter of principles? p. 240-259 (1994)**

10 - Libertário (de libertação):

- Parte das condições de vida - países pobres: (mundo dos excluídos)
- Base antropológica - filosófica - Princípio da alteridade
 - *Autores: Levinas, Dussel*
 - Aporte Teológico: . horizonte de sentido da vida
. mística: misericórdia / solidariedade

C - ABRANGÊNCIA TEMÁTICA

QUESTÕES RELACIONADAS

- NASCER (início da vida)
- VIVER (desenvolvimento da vida)
- MORRER (fim da vida)

I - NASCER:

1) Vida Humana

- Conceito de natureza e pessoa
- Quando começa ? (teorias)
- Sacralidade x Qualidade

2) Natureza : Sim

- Ser Humano: **Não** - Como não ter os filhos que não se quer
- Sexualidade x Reprodução (separação)
- Contracepção - métodos contraceptivos
 - esterilização - vasectomia
 - ligadura das trompas
- Exames pré-natais (ultrasom, amniocentese, amostra do vilo corial)
- Abortamento

3) Natureza : Não

- Ser Humano: **Sim** - Como ter os filhos que a natureza recusa?
- Concepção medicamente assistida
- Inseminação artificial
- Doação de semem, óvulo, ovo ou embrião
- Bancos de esperma (paternidade pós-morte !)
- úteros (mães, barrigas) de aluguel
- Embrião - direitos

4) Genética e Engenharia Genética

- 3 megaprojetos do século XX:
 - a) **Manhatan** - Energia Atômica (1945)
 - b) **Apolo** - Cosmos (Lua - 1969)
 - c) **Genoma** - Genes (anos 90)
- Século XXI
- Colonialismo genético
- Cartografia genética (Identidade do ser humano)
- Medicina preventiva - preditiva - genética
- Manipulações e experimentos genéticos
- Códigos de ética dos profissionais da saúde

II - VIVER (desenvolvimento da vida)

1) Anseio de viver - viver bem - viver sumamente bem !

2) Saúde:

- definição : realidade e perspectivas
- alocação de recursos (investimentos, recursos)
- promoção da saúde (OMS)
 - *Ottawa (1986)*
 - *Adelaide (1988)*
 - *Sundsvall (1991)*
 - *Bogotá (1992)*

3) Ecologia:

- ECO 92 (Rio) - Agenda 21
- Ética e tratamento de animais
- Ecologia humana

4) Pesquisa envolvendo seres humanos

- Código de Nuremberg (1947)
- Declaração dos direitos do homem (1948)
- Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores: 1975 - Tóquio; 1983 - Veneza; 1989 - Hong-Kong)
- Propostas e diretrizes éticas internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos (CIOMS/OMS 1982/1993)
- Diretrizes internacionais para revisão ética de estudos epidemiológicos (CIOMS, 1991)
- Normas e legislação brasileira (Resolução 196/96 - MS/CNS)

5) Políticas de População (demografia)

- ONU - Conferências Mundiais sobre população
- Bucareste (1974)
- México (1984)
- Cairo (1994)

6) Normas, códigos e legislação

- Códigos de ética dos profissionais da saúde

III - MORRER

1) Aspectos Histórico - Culturais

Início da Era Cristã	1900	1996	
		3º Mundo	1º Mundo
25-28 anos	40-45 anos	60-65 anos	75-78 anos
população mundial era de 250 milhões	Causas:		
	<ul style="list-style-type: none"> . Epidemias . Acidentes (Natureza-Animais) . Problemas de Coração 	<ul style="list-style-type: none"> . câncer . desnutrição . doenças crônicas do coração, cérebro . violência . acidentes (carros, trabalho) 	
	Morte Aguda	Processo do Morrer	
	Tempo entre o adoecer e o morrer : 5 dias apenas !	. Entre o adoecer e o morrer: 5 anos (doentes crônicos - rim, câncer, etc.)	

2. Novo conceito de morte: morte encefálica (Harvard - 1968)

3. Doações e Transplante de órgãos (coração, rim, fígado, pulmão, etc.)

4. Paciente Terminal (cuidados paliativos, direitos, saber a verdade?)

5. Eutanásia - suicídio assistido distanasia (obstinação terapêutica)

6. Dignidade no adeus à vida

D - COMENTÁRIOS CONCLUSIVOS:

1) Algumas características da bioética nascente

a) Cultura anglo-americana:

Privilegia o indivíduo. Ênfase no princípio da *autonomia*. Filosofia empirista - pragmática (Bentham e Stuart Mill). Sensibilidade em valorizar direitos e deveres com ênfase no nível normativo.

.b) Contexto técnico-científico:

- EUA: - "Bios"- Alta tecnologia; "Ethos"- individual, secular
- América Latina - "Bios"- humanista; "ethos"- comunitário

c) Interdisciplinaridade:

Cientistas das ciências da vida e da saúde, sociólogos, psicólogos, filósofos, teólogos... juntos! Emergência dos comitês de ética interdisciplinares.

d) Abordagem:

secular: Plano humano e racional. Princípios de validade universal sem ligação a uma determinada corrente filosófica ou religiosa.

prospectiva: problemas novos trazidos pela tecnociência. Busca-se um novo paradigma ético.

global: nível macro globalidade do ser - pessoa, relacionamento interpessoal e sociedade

2) Três destaques :

a) Os problemas bioéticos mais importantes a nível de América Latina e Caribe são aqueles que se relacionam com a justiça e distribuição dos recursos. Em amplos setores da população ainda não chegou a alta tecnologia médica, e muito menos o processo de emancipação dos doentes. Ao princípio da autonomia tão importante na perspectiva Anglo-americana precisamos contrapor o princípio da justiça e solidariedade. "A solidariedade é um conceito que pode ocupar, na bioética iberoamericana, um lugar similar ao que ocupa a autonomia nos EUA" (James Drane).

b) Característica típica é de todo o continente Latino americano é a profunda religiosidade católica. O processo de secularização atingiu a burguesia culta, porém, não a grande massa do povo. A moral dessa sociedade continua a ser fundamentalmente confessional, religiosa... A sociedade latino americana não conheceu pluralismo característico da cultura norte-americana. Nasce aqui um desafio de diálogo desta bioética secular, civil, pluralista, autônoma e racional com este universo religioso (diálogo bioética e teologia).

c) Uma macroética da saúde pode ser proposta como alternativa à tradição anglo-americana da microética (ética clínica). A bioética sumarizada num "bios" de alta tecnologia e num "ethos" individual deve ser complementada da América Latina por um "bios" humanista e um "ethos" comunitário.

3) Uma Reflexão:

“A ética nasceu 25 séculos atrás num país mediterrâneo, a Grécia. A ética criada por Sócrates, Platão e Aristóteles não era baseada em princípios mas nas virtudes. No passado, isto foi uma convicção ética profunda de nossas sociedades e continua sendo assim ainda hoje. Os latinos sentem-se profundamente desconfortáveis com direitos e princípios. Eles acostumaram-se a julgar as coisas e atos, como bons ou ruins ao invés de certo ou errado. Eles preferem a benevolência à justiça, a amizade ao respeito mútuo, a excelência ao direito. (...). Os latinos buscam a virtude e a excelência. Não penso que eles rejeitam ou desprezam os princípios. A ética pode ser expressa em diferentes linguagens, tais como na linguagem das virtudes e excelência, na linguagem dos princípios e conseqüências, na linguagem dos direitos e deveres e na linguagem dos valores e anti-valores.

Todas elas são limitadas, portanto incompletas e imperfeitas. Visto que todas expressam a mesma coisa, estão intrinsecamente interrelacionadas. Cada uma pode expressar alguns aspectos da vida moral com propriedade, mas ao mesmo tempo não lida bem com outros. Elas não devem ser vistas como exclusivas, mas pelo contrário, complementares. E uma vez que as culturas latinas tradicionalmente prezam a ética baseada na virtude, a perspectiva principalista pode ser de grande ajuda em evitar alguns defeitos tradicionais de nossa vida moral, tais como o paternalismo, falta de respeito pela lei e falta de tolerância.

Na busca da virtude e excelência os países Latinos tradicionalmente tem sido intolerantes. A Tolerância não foi incluída como uma virtude no velho catálogo das virtudes latinas. A virtude real era a intolerância, a tolerância era considerada um vício. (...)

A tolerância como uma virtude foi descoberta pelos Anglo-saxões no século XVII. Esta é talvez a mais importante diferença com as outras culturas. A questão moral mais importante não é a linguagem que usamos para expressar nossos sentimentos morais, mas o respeito pela diversidade moral, a escolha entre pluralismo ou fanatismo. O fanatismo afirma que os valores são completamente absolutos e objetivos e devem ser impostos aos outros pela força; enquanto que a tolerância defende a autonomia moral e a liberdade de todos os seres humanos e a busca de um acordo moral pelo consenso. Talvez a maior questão moral para nossos países latinos é como harmonizar a busca de nossos objetivos de perfeição moral respeitando a diversidade e os objetivos dos outros. Em suma, como sintetizar tolerância e excelência.” (NB: os grifos são nossos!)

Fonte:

(Diego Grácia, *Hard times, hard choices: founding bioethics today in Bioethics*, vol 9, n. 3-4, julho 1995, p 205-206.

E - BIBLIOGRAFIA

- ANJOS, Márcio Fabri dos, Bioética: abrangência temática, in **O Mundo da Saúde**, vol. 21 n. 1, jan-fevereiro de 1997, p.4-12.
- BECA, Juan Pablo, Prioridades Temáticas de Bioética en América Latina y el Caribe in **Cuadernos del Programa Regional de Bioética**. Santiago: OPS / OMS, n. 1, 11-18, set./1995.
- DUBOSE, E.R. & HAMEL, R.P. & O'CONNELL, L.J. **A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics**. Pennsylvania: Trinity Press International, Valley Forge, n. 1, 11-18, 1994.
- GRACIA, Diego, **Procedimientos de decisión en ética clínica**. Madrid: Eudema, 1991.
- , *Hard Times, hard choices: founding bioethics today* in **Bioethics**. vol. 9, n. 3-4, p. 192-206, julho 1995.
- PESSINI, Léo. *O desenvolvimento da Bioética na América Latina* in **Saúde em Debate**, n. 47, 57-66, junho 1995.
- PESSINI, Léo & BARCHIFONTAINE, Christian de Paul, **Fundamentos da Bioética**, Paulus, São Paulo, 1996.
- Programa Regional de Bioética para América Latina y El Caribe**. Santiago: Tarjeta de presentación, 30 p., set./1995.
- REICH, Warren Thomas, "The word "bioethics": its birth and the legacies of those who shaped it" in **Kennedy Institute of Ethics Journal**, vol. 4, 319- 335, 1994.
- , "The word "bioethics": the struggle over its Earliest Meanings" in **Kennedy Institute of Ethics Journal**. vol. 5, n. 1, 19-34, 1995.
- (org.), **Encyclopedia of Bioethics**. New York: Georgetown University, 1978 (1ª edição) e 1995 (2ª edição).
- THOMASMA, David, *Bioethics today*, in **Cambridge Quarterly of Health Care Ethics**, vol. 2, 519-527, 1993.
- VIAFORA, Corrado, **Vent'Anni di Bioetica: Idee, Protagonisti, Istituzioni**. Padova / Roma: Fondazione Lanza/ Gregoriana Libreria. Editrice, 1990. vol 9, n. 3-4, julho 1995, p 205-206.



DIGNIDADE E SOLIDARIEDADE NO ADEUS À VIDA

"HÁ UM MOMENTO PARA TUDO E UM TEMPO PARA TODO PROPÓSITO DEBAIXO DO CÉU. TEMPO DE NASCER E TEMPO DE MORRER..."

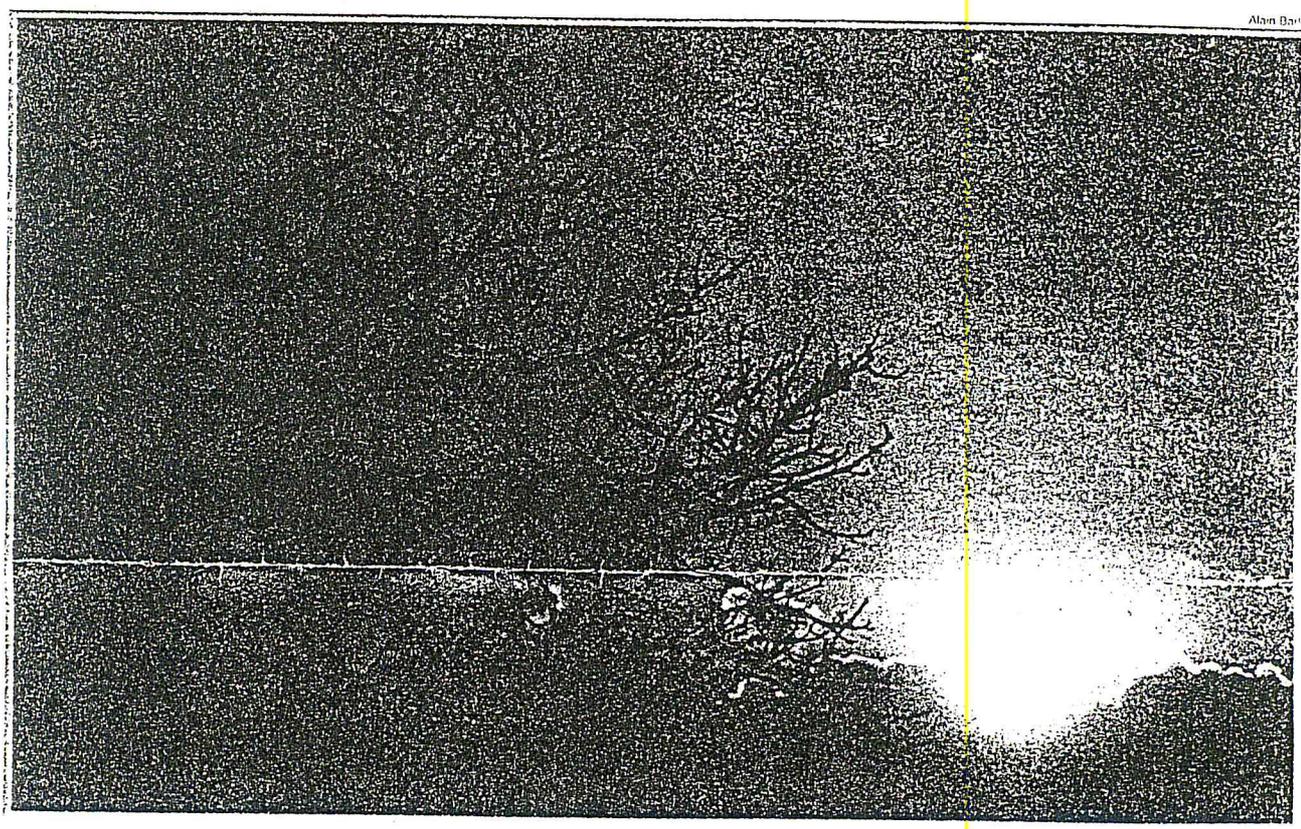
ECLESIASTES 3,1-2

"QUEM NÃO FALA SOBRE A MORTE ACABA POR ESQUECER DA VIDA. MORRE ANTES, SEM PERCEBER"

RUBEM ALVES

"COMO SOMOS AJUDADOS PARA NASCER, PRECISAMOS SER TAMBÉM AJUDADOS PARA MORRER. AJUDAR, FUNDAMENTALMENTE, É COM NOSSA CIÊNCIA E HUMANIDADE SERMOS COMPANHHEIROS SOLIDÁRIOS COM OS QUE HOJE PASSAM PELO 'VALE DAS SOMBRAS DA MORTE'. AMANHÃ SEREMOS NÓS!"

LÉO PESSINI



* Léo Pessini

Buscamos incansavelmente a felicidade de viver plenamente com dignidade, e não apenas sobreviver. Fazemos de tudo para combater a doença, a dor, o sofrimento, e vencer a própria morte. Estamos cada vez mais aparelhados com fantásticas inovações tecnológicas para esta empreitada, e prevê-se para o início do próximo milênio transformações ainda mais profundas. Num momento de "ilusão utópica" chegamos a acreditar que a realidade do morrer não faz parte de nosso existir, pensamos e agimos como se fôssemos imortais. Neste artigo ousamos apontar um horizonte de sentido na compreensão e cuidado do paciente terminal, realçando alguns aspectos éticos importantes ligados ao ocaso da vida.

Fazemos parte da tradição camiliana de cuidado dos moribundos, pela qual seus religiosos, durante os séculos XVII-XIX, ficaram conhecidos na Europa como sendo os "padres da boa morte". Ouvimos frequentemente, de doentes terminais, que eles não têm tanto medo de morrer, mas sim de sofrer. O que eles temem, na verdade, é o pro-

cesso do morrer, especialmente a dependência, a impotência e a dor que geralmente estão associadas à doença terminal. Enquanto a dor física é a fonte mais comum do sofrimento, o sofrimento ligado ao morrer vai além do mero nível físico, atingindo a pessoa como um todo.

A diferença entre dor e sofrimento tem grande significado quando temos que lidar com pacientes terminais. A dor sem explicação geralmente se transforma em sofrimento. O sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa, em que intervêm a identidade e a subjetividade da pessoa, bem como valores socio culturais e religiosos. Um dos principais perigos em negligenciar essa distinção é a tendência de se concentrar os tratamentos somente nos sintomas e dores físicas, como se estes fossem a única fonte de angústias e sofrimentos para o paciente. É a tendência de se reduzir o sofrimento a um simples fenômeno físico, que pode ser dominado por meios técnicos. Além disso, essa tendência nos permite continuar agressivamente com tratamentos fúteis, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física, ele também os protege de todos os outros aspectos.

O sofrimento tem que ser cuidado em suas quatro dimensões fundamentais: a) *dimensão física* - neste nível, a dor funciona como um claro alarme de que algo não está bem no funcionamento normal do corpo; b) *dimensão psíquica* - surge frequentemente do enfrentar a inevitabilidade da morte. Perdem-se as esperanças e os sonhos, com a necessidade de redefinir o mundo que se está para deixar; c) *dimensão social* - é a dor do isolamento, que surge do ser obrigado a redefinir relacionamentos e necessidades de comunicação; d) *dimensão espiritual* - surge da perda do sentido, objetivo de vida e de esperança. Todos necessitam de um horizonte de sentido - uma razão para viver e uma razão para morrer.

OS PARADIGMAS DE CURAR E CUIDAR

O crescente interesse público pela eutanásia e pelo suicídio assistido chama nossa atenção para os limites de "curar" da medicina moderna. As ações de saúde, hoje, são sempre mais marcadas pelo paradigma da cura, caracterizado por cuidados críticos e intensivos. É bom lembrar que a presença maciça de alta tecnologia é um fato neces-



sário e legítimo na medicina moderna. O desafio é cultivar o bom-senso de utilizá-la em favor da vida, e não alimentar ingenuamente, a priori, uma postura "anti". O "cuidar" pode surgir nesse contexto, simplesmente como prêmio de consolação, quando o conhecimento e as habilidades técnicas perdem a batalha contra a morte.

O paradigma de curar facilmente torna-se prisioneiro da tecnologia. Também pode idolatrar a vida física e alimentar a tendência de prolongar a vida em condições simplesmente inaceitáveis - esquecendo-se de que nem tudo o que é possível realizar cientificamente é eticamente admissível. Este vitalismo ganha forma na convicção de que a incapacidade para curar ou para evitar a morte é uma falha da medicina, e que a responsabilidade de cuidar termina quando não há mais cura e os tratamentos estão esgotados.

Um outro eixo de leitura, compreensão e cuidado começa a ganhar força. É o paradigma do cuidado. Sob este paradigma os cuidados de saúde aceitam o declínio, o envelhecimento e a morte como parte da condição humana, uma vez que todos "sofremos" de uma condição que não tem cura, isto é, somos mortais.

O paradigma do cuidar nos permite enfrentar, realisticamente, os limites de nossa mortalidade com uma atitude de serenidade. É a ação que se centra mais na pessoa doente do que na doença da pessoa. Cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas é parte integral do estilo e do projeto de tratamento da pessoa, a partir de uma visão antropológica holística. É aqui que podemos, então, falar da saúde do doente terminal. Nessa direção abrem-se novos horizontes para a compreensão e o cuidado do doente terminal, visando que tenha humanizados seus últimos e preciosos dias de vida.

A ação de cuidar é multidisciplinar, procurando-se promover o bem-estar físico do paciente, aliviando-o de sua dor e sofrimento; seu bem-estar mental, ajudando-o a enfrentar suas angústias, medos e inseguranças; seu bem-estar social, garantindo suas necessidades sócio-econômicas e suas relações de ternura e bem-estar espiritual, pela vivência solidária e apoio aos valores de fé e de esperança.

CUIDADOS PALIATIVOS

Ganha sempre maior apreciação, aceitação e viabilização prática na área da saúde, principalmente nos países mais desenvolvidos, a visão de que a medicina paliativa (cuidados paliativos, *hospices*) constitui a resposta que permite aos doentes terminais morrer com dignidade.

A medicina paliativa afirma a vida e encara o "estar morrendo" como um processo normal e dá chance à pessoa de viver a própria morte. Enfatiza o controle da dor e dos sintomas, objetivando melhorar a qualidade de vida, ao invés de tentar curar uma doença incurável ou estender quantidade questionável de "vida". O objetivo dos cuidados paliativos é permitir aos pacientes e suas famílias viver cada dia plena e confortavelmente, tanto quanto possível, e assisti-los a lidar com o estresse causado pela doença, morte e luto. A abordagem é multidisciplinar, enfocando como um todo as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais dos pacientes e familiares.

Cuidar dignamente do doente terminal significa respeitar a sua integridade como pessoa, garantindo que suas necessidades básicas sejam honradas, entre outras: 1) que seja mantido livre de dor tanto quanto possível e que o seu sofrimento seja cuidado; 2) que receba continuidade de cuidados e que não seja abandonado; 3) que tenha controle, tanto quanto possível, no que se refere a informações e decisões a respeito de seu tratamento; 4) que seja ouvido e acolhido em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores de fé e esperanças; 5) que tenha a possibilidade de escolher se despedir da vida onde achar melhor.

DIGNIDADE DE VIVER E MORRER

O desafio ético é considerar a questão da dignidade no adeus à vida para além da dimensão fisiobiológica e para além do contexto médico-hospitalar, ampliando o horizonte e integrando-o à dimensão "sócio-relacional". Há muito o que fazer no sentido de levar a sociedade a compreender que o morrer com dignidade é uma decor-

rência do viver dignamente e não meramente sobreviver. Se não há condição de vida digna, no fim do processo garantiríamos uma morte digna? Antes de existir um direito à morte humana, há que se garantir o direito de que a vida já existente possa ter condições de ser conservada, preservada e desabrochada plenamente. Chamáremos a isto direito à saúde. É chocante e até irônico constatar situações em que a mesma sociedade que negou o pão para o ser humano viver, oferece-lhe a mais alta tecnologia para "bem morrer".

Não somos doentes e nem vítimas da morte. É saudável sermos peregrinos. Não podemos passivamente aceitar a morte que é consequência do descaso pela vida, causada pela violência, acidentes e pobreza. Frente a este contexto é necessário cultivar uma santa indignação ética. Podemos ser curados de uma doença classificada como sendo mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecermos isso, acabamos caindo na idolatria tecnológica e na "absolutização" da vida biológica pura e simplesmente. Insensatamente, procuramos a cura da morte e não sabemos mais o que fazer com os pacientes que estão se aproximando do adeus à vida. É a obstinação terapêutica (distanásia) adiando o inevitável, acrescentando somente mais sofrimento e vida quantitativa, mais que qualidade de vida.

Nasce uma sabedoria a partir da reflexão, aceitação e assimilação do cuidado da vida humana no adeus final. Entre dois limites opostos, de um lado a convicção profunda de não matar; de outro, a visão para não encompridar ou adiar pura e simplesmente a agonia e a morte. Ao não matar e ao não judiar terapeuticamente, está o amarás... É um desafio difícil aprender a amar o paciente terminal sem exigir retorno, com a gratuidade com que se ama um bebê, num contexto social em que tudo é medido pelo mérito! O sofrimento humano somente é intolerável se ninguém cuida dele. Como fomos ajudados para nascer, precisamos ser também ajudados para morrer. Ajudar, fundamentalmente, é com nossa ciência e humanidade sermos companheiros solidários com os que hoje passam pelo "vale das sombras da morte". Amanhã seremos nós!

Eraldo Peres



Léo Pessini é padre Camiliano, vice-diretor e diretor-geral das Faculdades Integradas São Camilo. Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde - CNBB. Editor-chefe da revista "O Mundo da Saúde". Ex-membro da CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Ministério da Saúde/CNS - Brasília/DF. Pós-graduado em Educação Pastoral Clínica e Bioética no St. Luke's Medical Center, em Milwaukee - EUA. Autor e coordenador de várias obras na área da Pastoral da Saúde e Bioética entre outras: Problemas Atuais da Bioética (Ed. Loyola - 3ª ed., 1996). Fundamentos da Bioética (org.) (Paulus, 1996), Eutanásia e América Latina (Ed. Santuário, 1990) e Morrer com Dignidade (Ed. Santuário - 3ª ed., 1996).

ÉTICA E CIÊNCIA

LÉO PESSINI

Em nenhum outro momento da história humana, a ciência e a técnica levantam tantos desafios para ser humano quanto hoje. Os progressos das chamadas novas tecnologias reprodutivas, da biologia, da genética, da medicina, que vão do simples transplante de órgãos até o controle do código genético, são uma evidência de novos tempos. Esse último episódio da clonagem de ovelha na Escócia (Instituto Roslin - Edimburgo) é a ponta do *iceberg* de uma revolução silenciosa em curso cujas consequências somente agora começamos a perceber. Jean Bernard, médico humanista francês, diz que a medicina, mudou mais nos últimos 50 anos que nos 50 séculos precedentes.

O século que ora finda foi marcado basicamente por três mega projetos. O primeiro foi o **Projeto Manhattan**, que descobriu e utilizou a energia nuclear bem como produziu a Bomba Atômica que destruiu Hiroshima e Nagasaki (1945) pondo fim à 2ª guerra mundial. Descobre-se o "coração" da matéria, o átomo e dele se extrai energia.. O segundo grande projeto foi o **Projeto Apollo** que levou o ser humano até a lua (1969). O ser humano começa a se instrumentar para navegar interplanetariamente. Descobrimo-nos como um grãozinho de areia na imensidão do universo. Começa se a falar de vida em outros planetas! O terceiro e mais recente é o **Projeto Genoma Humano** (iniciado oficialmente em 1990) e que objetiva mapear e sequenciar todos os genes humanos. Leva o ser humano ao mais profundo de si mesmo a nível de conhecimento de sua herança biológica, numa verdadeira caça aos genes. Ele tem suas raízes na chamada "descoberta do século", o DNA (Watson e Crick – 1954). Tem aí início a terceira revolução **industrial, a revolução biológica**. Tudo indica que o fio

condutor da economia no século XXI será a Engenharia Genética tendo como locomotiva o Projeto Genoma Humano. Entreabre-se um cenário fantástico em que realidade e ficção científica se dão as mãos. A possibilidade de um "*admirável mundo novo*" (Aldous Huxley) ou de Franksteins nos inquietam...

Que benefícios esses avanços da tecnociência trarão para a humanidade? O novo paraíso prometido pelas descobertas científicas na área da biologia que inauguram o "oitavo dia da criação", geram perplexidades e inquietações pelas possibilidades de novas formas de discriminações, escravidões e manipulações. Se esse conhecimento científico, cair nas mãos de um Hitler por exemplo, que futuro nos espera?

Obviamente que não se trata pura e simplesmente de temer os perigos, mas de perceber também os proveitos e novas esperanças que surgem. Sem dúvida os conhecimentos podem ser utilizados para a prevenção e cura de doenças incuráveis que infernizam hoje a vida dos seres humanos. Mas é bom lembrar que nem tudo o que é cientificamente possível, logo seria eticamente admissível. Surge com urgência a necessidade da bioética, como novo rosto da ética científica neste contexto, em que a ciência apresenta-se hoje como uma grande ameaça e ao mesmo tempo como uma grande esperança para humanidade.

Ciência e ética não precisam e não devem ser consideradas como antagônicas, pelo contrário necessitam-se e se iluminam reciprocamente. É esta a perspectiva que garante o respeito pela dignidade humana e qualidade de vida. Precisamos passar de uma ciência sem ética para uma ciência eticamente responsável. O uso dos resultados científicos não é fazer ciência, mas *constitui o comportamento ético do ser humano*. Para orientar esse comportamento, o



ser humano deve crescer na sabedoria ética que respeita os valores da vida. Normalmente estas escolhas-respostas são dadas através da regulamentação do Estado que cria leis. Neste sentido, antes que seja tarde, o Brasil precisa urgentemente ter sua comissão nacional de bioética que assessoro o governo e legisladores em relação a assuntos tão complexos. A criação da CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, no Ministério da Saúde já é um indício positivo nesta direção. No Brasil, embora ainda em completo desconhecimento pela maioria da população, temos a lei 8.974 de 5 de janeiro de 1995, a chamada lei da biossegurança que considera como possível de pena de prisão a manipulação genética de células germinais humanas, a intervenção em material genético humano "in vitro", exceto para tratamento de defeitos genéticos, respeitando-se os princípios éticos e com aprovação prévia da comissão Nacional de Biossegurança. É preciso salvaguardar de manipulações o ser humano, este universo que traz em seus genes a história da humanidade.

Não seria simplesmente tragicômico a humanidade ter o domínio do mais íntimo da matéria (átomo), do universo (cosmos) e de si própria (gens) e se perder num projeto de morte, sem se entender e organizar num projeto global de gerar mais qualidade de vida e felicidade, utilizando-se dos conhecimentos e instrumentos da tecnociência à sua disposição? Utopia? Sonho? Não, acreditamos que seja a teimosia da esperança ética!

BIBLIOGRAFIA

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas atuais de Bioética. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.

PESSINI, Leocir. Eutanásia e América Latina. Questões ético-teológicas. Aparecida: Ed. Santuário, 176 p., 1990.

PESSINI, Leocir, Morrer com dignidade. 2 ed. atual. ampl. Aparecida: Ed. Santuário, 110 p., 1990.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (orgs.). Fundamentos da Bioética. São Paulo: Paulus, 241 p. 1996.

PESSINI, Leocir (org.). Bioética e Pastoral da Saúde. Aparecida: Ed. Santuário, 213 p., 1989.

LEPARGNEUR, Hubert.; SANTOS, Beni dos. Moral e Medicina. Rio de Janeiro: Hachette, 152 p., 1977.

VIEIRA, Sônia; HOSSNE, William Saad. Experimentação com seres humanos. São Paulo: Ed. Moderna, 160 p., 1987.

MARTIN, Leonard M. A ética médica diante do paciente terminal. Aparecida: Ed. Santuário, 399 p., 1993.

FACULDADES INTEGRADAS SÃO CAMILO. O Mundo da Saúde. a. 21, v. 21, n. 1, jan.-fev., p. 03-23, 1997.