

RBB

Revista Brasileira de Bioética

Volume 4 - Números 3 e 4 - 2008



SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA - SBB

Diretoria / 2007-2009

Presidente

Marlene Braz (RJ)

1º Vice Paulo Antonio de Carvalho Fortes (SP)

2º Vice Sérgio Ibiapina Ferreira Costa (PI)

3º Vice Dora Porto (DF)

1ª Secretária Ana Maria Tapajós (DF)

2ª Secretária Liliana Maria Planel Lugarinho (RJ)

1º Tesoureiro Fabiano Maluf (DF)

2ª Tesoureira Marisa Palácios (RJ)

CONSELHO FISCAL

Fermin Roland Schramm (RJ)

Lourenço Zancanaro (PR)

Volnei Garrafa (DF)

COMISSÃO PERMANENTE DE ÉTICA

Cláudio Cohen (SP)

José Roque Junges (RS)

Márcio Fabri dos Anjos (SP)

Maria Clara Albuquerque (PE)

Reinaldo Ayer (SP)

Revista Brasileira de Bioética – RBB

Editor-chefe: Volnei Garrafa

Editores executivos: Rodrigo Batagello e Thiago Rocha da Cunha

Editores associados: Fermin Roland Schramm, Gabriel Wolf Oselka, José Roque Junges e Marco Segre

Secretária: Vanessa de Santana Sertão

Revisão: Enrique J. Matut (espanhol), Gustavo de Lima Torres de Oliveira (inglês)

Jornalista responsável: Rodrigo Caetano - MTb-DF 4804/14/83

Editores: Wagner Rizzo

Capa: Marcelo Terraza

Conselho Editorial: Ana Tapajós, Antonio Carlos Rodrigues da Cunha, Christian de Paul de Bar-chifontaine, Cláudio Cohen, Claudio Lorenzo, Délio Kipper, Dirceu Greco, Edvaldo Dias Carvalho Júnior, Eliane Azevedo, Elias Abdalla Filho, Elma Zoboli, Gabriele Cornelli, Ivan de Moura Fé, José Eduardo de Siqueira, José Geraldo Drummond, José Roberto Goldim, Laís Záu Araújo, Leocir Pes-sini, Lourenço Zancanaro, Lucilda Selli, Márcio Fabri dos Anjos, Maria Clara Albuquerque, Maria Cristina Massarollo, Maria de Fátima Oliveira, Marilena Corrêa, Marlene Braz, Mauro Machado do Prado, Nilza Diniz, Paulo Fortes, Rita Leal Paixão, Sérgio Rego, Wilton Barroso Filho.

Apoio: Programa de Pós-Graduação em Bioética (Mestrado e Doutorado) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – Cátedra UNESCO de Bioética. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde.

A SBB estimula e autoriza a reprodução total ou parcial por todos os meios desde que citada a fonte.

Sumário

141 Editorial

Artigos especiais

143 A integridade do médico: uma virtude ética indispensável
The integrity of the physician: a fundamental ethical virtue
Jorge Cruz

156 Vulnerabilidade em pesquisa e cooperação internacional em saúde
Vulnerability in research and international cooperation in healthcare
José Paranaguá de Santana e Cláudio Lorenzo

Artigos de atualização

170 Discurso jurídico, mitos e falácias: direitos fundamentais e o aborto de anencéfalo no STF
Legal discourse, myths and fallacies: fundamental rights and abortion of anencephalic fetus in the Brazilian Supreme Court
Henrique Smidt Simon

198 A ética da sabotagem da Animal Liberation Front (ALF)
The ethics of sabotage by the Animal Liberation Front (ALF)
Erick Luiz Araujo de Assumpção e Fermin Roland Schramm

222 Nanociência e Bioética: novas abordagens éticas para novos paradigmas científicos
Nanoscience and Bioethics: new ethical approaches to new scientific paradigms
Monique Pyrrho

Artigos originais

- 236 La problemática de la comunicación entre profesionales y usuarias de un servicio de salud sexual y reproductiva
The question of communication between professionals and patients of a sexual and reproductive health department
Silvia Brussino e Roxana Prósperi
- 255 Análise do perfil dos médicos condenados à cassação do exercício profissional no Estado de São Paulo: questões bioéticas.
Analysis of the profile of medical doctors condemned license revocation in the State of São Paulo: bioethical questions
José Marques Filho e William Saad Hossne

Seções

- 265 Resenha de livros
- 274 Atualização científica
- 278 Documentos
- 282 Lista de pareceristas do volume 4
- 283 Normas editoriais

Editorial

O mercado de trabalho crescente da Bioética

Há algum tempo atrás fui entrevistado em um programa semanal da Rádio CBN que trata do mercado de trabalho relacionado com os diversos setores de atividade profissional. Tendo conhecimento do crescimento e difusão da Bioética no contexto internacional e também no brasileiro, a produção do programa pautou, oportunamente, o tema para informação e discussão. Apesar de trabalhar com a Bioética há quase 20 anos, confesso que não havia pensado até então no assunto e me vi obrigado a desenvolver um raciocínio lógico sobre os diversos setores que ela cobre e para os quais é útil. Acabei me surpreendendo com os achados, pois o campo é mais promissor do que a uma primeira vista pode parecer.

Um primeiro setor imediatamente lembrado é aquele relacionado com os mais diferentes tipos de comissões, comitês ou conselhos de ética, que apresentam quatro variedades, cada um deles com características e funções próprias. O principal é aquele que incorpora os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Bioética e também de Biossegurança, ainda pouquíssimo desenvolvidos no Brasil. Um segundo tipo de organismo inclui os Conselhos e Comitês relacionados com a Ética em Pesquisa com Seres Humanos e também com Animais, em plena expansão no país. Um terceiro - que na Espanha, por exemplo, existe por lei, com funcionamento obrigatório nos hospitais a partir de um determinado número de leitos - são os Comitês de Bioética Institucional ou de Bioética Clínico-Hospitalar propriamente dita, também surpreendentemente escassos por aqui. E, por fim, os Conselhos de Ética Profissional, muito difundidos e direcionados a tratar questões éticas relacionadas aos conflitos internos e ao exercício das diversas profissões do setor saúde e outros afins, que nos últimos anos, além dos referenciais deontológicos também começam a incorporar os conhecimentos relacionados à Bioética. A composição de todos estes organismos deve ser obrigatoriamente multiprofissional (com exceção dos de ética profissional, naturalmente) e pluralista, com referência à exigência de visões morais diversas de parte de seus componentes, o que expande a oferta de trabalho.

Por outro lado, uma formação adequada em Bioética amplia o horizonte de reflexão e prática tanto dos membros dos colegiados acima referidos, como de todos trabalhadores das profissões que, de uma forma ou outra - direta ou indiretamente - tem relação com a Bioética, sejam elas da área das ciências biomédicas e da saúde, das ciências sociais e humanas ou das ciências da terra e da natureza. Um preparo conveniente na matéria favorece tomadas de decisão mais equilibradas e pautadas na

ponderação, no diálogo, na argumentação e na busca da construção mais harmônica e equilibrada de decisões e consensos, quando possível.

Um segundo setor do mercado de trabalho para aqueles que decidiram se especializar em Bioética é aquele dos profissionais que atuam no serviço público de modo geral - ministérios, secretarias estaduais ou municipais de saúde, educação, direitos humanos, ciência e tecnologia, meio ambiente, agricultura, previdência social, justiça... - autarquias, hospitais públicos e privados, organizações não-governamentais, etc., que certamente desenvolverão melhor suas atividades se puderem contar com uma base adequada de conhecimento na matéria. Mesmo as decisões gerenciais nestes diferentes e variados campos de atuação acima referidos, podem ser mais justas e sensatas a partir de uma boa base de sustentação ético-acadêmica em Bioética.

O terceiro exemplo de espaço que a formação específica proporciona no mercado de trabalho é aquele relacionado com a formação, além de pesquisadores, de professores de Bioética em todos os níveis: primário, secundário e universitário. Pode chamar a atenção das pessoas desavisadas, a possível inclusão da bioética para breve também nos currículos do ensino fundamental e médio, além das universidades, nas quais já vem acontecendo de modo crescente, apesar da formação pontual ainda frágil de parte dos docentes da disciplina. Com relação às duas primeiras situações - ensino fundamental e médio - convém recordar que a Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, firmada em Paris em 2005 pelo Brasil conjuntamente com outros 190 países, preconiza no seu Artigo 23 que "... os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética".

Enfim, com menos de 40 anos de vida, a Bioética vem ampliando seu campo de atuação, proporcionando significativo espaço profissional no mercado de trabalho público e privado àqueles(as) que a ela decidiram se dedicar.

Volnei Garrafa
Editor Chefe - RBB

Artigos especiais

Esta seção destina-se à publicação de artigos de autores convidados.
Os textos serão publicados no idioma original

A integridade do médico: uma virtude ética indispensável *The integrity of the physician: a fundamental ethical virtue*

Jorge Cruz

Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

jorge.cruz@iol.pt

Resumo: A integridade do médico é uma das virtudes que os pacientes mais apreciam. No entanto, pensamos que esta qualidade não tem sido devidamente valorizada entre nós, quer na formação dos estudantes de medicina quer na prática clínica dos profissionais. Contudo, nos últimos anos, têm sido publicados vários estudos e documentos, principalmente nos E.U.A. e Reino Unido, que destacam a integridade como uma virtude indispensável para o profissionalismo médico. Neste trabalho, começamos por analisar o significado desta virtude ética fundamental, em termos etimológicos e semânticos, e a sua centralidade para o exercício humanista da medicina. Beauchamp e Childress afirmam que as quatro virtudes que caracterizam o profissional de saúde virtuoso, do ponto de vista moral, são a compaixão, a prudência, a credibilidade e a integridade. Considerando que a reflexão ética, no âmbito da medicina, só faz sentido se for relevante ou puder ser aplicada na prática clínica quotidiana, iremos desenvolver algumas características que, em nosso entender, um médico íntegro deve manifestar, principalmente no âmbito da sua relação clínica com os pacientes.

Palavras chave: Integridade. Virtude. Profissionalismo médico. Relação médico-paciente. Bioética.

Abstract: The integrity of the physician is one of the moral virtues most appreciated by patients. Nevertheless, we believe that it has not been properly valued in our country, both in the training of medical students and in the clinical practice of doctors. However, several studies and reports have been published in recent years, mainly in the U.S. and U.K., which emphasize integrity as an essential virtue to medical professionalism. In this essay, we examine the significance of this fundamental ethical virtue, based on its etymology, semantics, and its centrality to the humanistic practice of healthcare.

Beauchamp and Childress argue that the four virtues that characterize the morally virtuous health professional are compassion, carefulness, credibility, and integrity. Whereas the ethical reflection in the context of healthcare only makes sense if it is relevant to, and could be applied in, everyday clinical practice, we develop some features that, in our view, a physician with integrity should express, especially in her relationship to the patient.

Key words: Integrity. Virtue. Medical professionalism. Doctor-patient relationship. Bioethics.

“Integrity without knowledge is weak and useless, and
knowledge without integrity is dangerous and dreadful”

Samuel Johnson (1709 – 1784)

A palavra “integridade” deriva do vocábulo latino *integritate*, que significa o estado ou qualidade de íntegro, isto é, de um todo que tem todas as suas partes, a que nada falta. Inclui as noções de inteireza, plenitude, caráter do que se não pode ou deve quebrar ou modificar. No sentido ético-moral, a integridade pode ser definida como uma qualidade ou virtude do caráter de uma pessoa, designadamente inteireza moral, honestidade, retidão, probidade e imparcialidade (1,2,3). Diz-se que uma pessoa é íntegra quando atua de acordo com um determinado conjunto de valores e princípios morais, nos quais acredita, e apresenta um comportamento honesto, imparcial, reto, incorruptível, justo e verdadeiro (4,5).

Beauchamp e Childress, no seu tratado clássico *Principles of Bio-medical Ethics*, consideram que as quatro virtudes que caracterizam o profissional de saúde virtuoso, do ponto de vista moral, são a compaixão, a prudência, a credibilidade e a integridade. Para estes autores, a integridade moral representa o traço de caráter que reúne de modo coerente valores morais coesos e justificáveis, bem como uma fidelidade ativa para com esses valores, em teoria e na prática (6). Baruch Brody considera que a integridade é a virtude mais importante, por desempenhar um papel central na ética dos cuidados de saúde (7).

Osswald inclui também a integridade na sua original proposta

de atributos que constituem a essência da vocação do médico, considerando a palavra "médico" como um acróstico que engloba as seguintes qualidades: modéstia, entrega, disponibilidade, integridade, competência e otimismo (8).

Outra dimensão do conceito de integridade, que não iremos abordar, encontra-se na Declaração de Barcelona, aprovada pela Comissão Europeia em 1998. Neste documento, a integridade é considerada um dos quatro princípios éticos básicos da bioética e do biodireito, juntamente com a autonomia, a dignidade, e a vulnerabilidade. Contudo, neste contexto, o termo refere-se a uma condição básica do ser humano que não pode ser ultrapassada, tanto a nível físico como mental. Se houver transposição deste limiar, por intervenção externa, poderá se falar em violação ou perda da integridade. O respeito pela integridade significa, assim, a consideração pela privacidade do doente, pela sua coerência de vida e pela compreensão do seu estado de saúde e de doença (9). Pellegrino resume a distinção entre os dois significados principais inerentes ao conceito de integridade afirmando: "Integrity belongs to all persons as humans, but not all are persons of integrity" (10).

Nos últimos anos, tem havido um interesse renovado pelo contributo dos valores para o desempenho profissional do médico, principalmente nos Estados Unidos da América e Reino Unido, sendo a integridade um dos mais destacados.

Em 2002, foi publicado simultaneamente no *Annals of Internal Medicine* e no *Lancet*, o relatório *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*. Trata-se de um conjunto de orientações, dirigidas a todos médicos, que resultou de vários anos de trabalho no âmbito de um projeto que envolveu o *American Board of Internal Medicine*, a *European Federation of Internal Medicine*, o *American College of Physicians* e a *American Society of Internal Medicine*. Posteriormente, foi subscrito por mais de 100 associações profissionais, sociedades e escolas médicas de todo o mundo. As principais conclusões desta proposta, no que diz respeito à integridade moral do médico, são o compromisso de honestidade para com os pacientes, o compromisso de estabelecer relações apropriadas com os pacientes, o compromisso de aquisição de conhecimento científico de forma ética, e o compromisso de promover uma relação de confiança com os pacientes e evitar conflitos de interesse (11,12).

No relatório *Doctors in society: Medical professionalism in a changing world*, elaborado por um grupo de trabalho do *Royal College of Physicians*, do Reino Unido, a integridade ocupa um lugar de destaque no exercício da medicina, considerada uma vocação e não um mero trabalho ou ocupação (13,14). Pode se ler nesse documento, publicado em 2005:

"In their day-to-day practice, doctors are committed to integrity, compassion, altruism, continuous improvement, excellence, working in partnership with members of the wider healthcare team. These values, which underpin the science and practice of medicine, form the basis for a moral contract between the medical profession and society" (13).

A Associação Médica Britânica chegou à mesma conclusão, no relatório *Professional Values*, onde são apresentados os resultados de um estudo quantitativo sobre os valores considerados relevantes para o exercício da medicina no século XXI, nomeadamente o compromisso, a integridade, a confidencialidade, o cuidado, a competência, a responsabilidade, a compaixão, o gosto pelo saber e a defesa dos doentes. A metodologia deste estudo consistiu num questionário aplicado, em 1995, a 545 estudantes formandos de medicina de várias escolas médicas do Reino Unido, que foram novamente inquiridos em 2004 acerca deste conjunto de valores. Foram considerados mais importantes, por ordem decrescente, em 1995, a competência, o cuidado e a compaixão, ficando a integridade em quinto lugar. Em 2004, os primeiros quatro valores que os entrevistados (que nessa altura já exerciam medicina há quase uma década) escolheram, por ordem de importância, foram a competência, a integridade, o cuidado e a compaixão (15).

Todos os médicos que exercem atividade clínica no Reino Unido têm a obrigação legal de estarem inscritos no *General Medical Council*. Na introdução do manual *Good Medical Practice*, publicado por esta instituição britânica, atualizado em 2006, é afirmado:

"Patients need good doctors. Good doctors make the care of their patients their first concern: they are competent, keep

their knowledge and skills up to date, establish and maintain good relationships with patients and colleagues, are honest and trustworthy, and act with integrity" (16).

Num editorial do *Journal of Public Health*, Vetter refere também que a integridade, a par do respeito, da compaixão e da competência, faz parte das qualidades humanas que constituem a essência do profissionalismo médico (17). Em outro estudo, publicado em 2006, utilizando metodologias qualitativas e quantitativas, foram interrogados 18 reitores de Faculdades de Medicina estadunidenses acerca dos valores que consideravam fundamentais na sua atividade de liderança. A integridade aparece em primeiro lugar na lista dos quatro valores considerados mais importantes, tendo sido escolhida pela totalidade dos inquiridos (18).

Em Portugal, alguns médicos influentes, com responsabilidades acadêmicas e no campo da bioética, têm defendido a importância dos valores na formação acadêmica pré e pós-graduada. Daniel Serrão afirma que

"Uma virtude que sempre foi reconhecida ao longo da história e que, nos tempos modernos é, igualmente, respeitada como referência da totalidade e unidade de uma vida humana é a virtude da integridade, como constância e coerência (...) De um homem íntegro e constante só devemos esperar ações que realizam o bem, nas situações concretas. Na saúde, porque a relação humana e as decisões sobre os outros são de maior delicadeza, sensibilidade e risco, temos todos de estar seguros de que o profissional de saúde é competente no plano técnico mas é também um ser humano virtuoso" (19).

Lobo Antunes salienta a importância de existir um "currículo escondido" em cada estudante ou licenciado em medicina, utilizando a expressão original de Frederic Hafferty (20, 21). O cerne ou esqueleto deste currículo é, segundo Lobo Antunes, "constituído por valores fáceis de reconhecer mas de difícil ou impossível quantificação: compaixão, sentido de responsabilidade, curiosidade, diligência, integridade e altruísmo".

Pinto Machado afirma igualmente que "a competência do médico, cada vez mais exigente nos domínios científico e técnico, requer também os valores, as virtudes, as atitudes e os comportamentos indispensáveis" (22).

Em nossa opinião, o ensino dos valores e da importância da integridade moral deve começar bem cedo na formação dos futuros médicos. No entanto, o ambiente altamente competitivo que se vive na maior parte das Faculdades de Medicina valoriza sobretudo o conhecimento e a técnica em detrimento do desenvolvimento do "currículo escondido" anteriormente referido (23,24,25,26).

Integridade na relação médico-paciente

Considerando que a reflexão ética, no âmbito da medicina, só faz sentido se for relevante ou puder ser aplicada na prática clínica quotidiana, iremos desenvolver algumas características que, em nosso entender, um médico íntegro deveria manifestar, principalmente no âmbito da sua relação clínica com os pacientes. Conforme refere o relatório *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*, publicado pelo *Hastings Center*, "a rich and strong doctor-patient relationship, historically at the core of medicine, remains a basic and enduring need" (27).

A presença da virtude moral da integridade por parte do médico parece-nos indispensável para o estabelecimento de uma relação clínica de confiança com o seu paciente. O médico íntegro praticará uma medicina centrada na pessoa doente e alicerçada nos valores éticos contidos no Juramento Hipocrático e nos códigos deontológicos tradicionais. Tal como se encontra expresso no aforismo atribuído a Hipócrates, "a saúde do meu doente será a minha primeira preocupação" (citação incluída na carteira profissional emitida pela Ordem dos Médicos de Portugal).

Para Pellegrino, uma das virtudes mais importantes, no âmbito da relação médico-paciente, é a fidelidade às promessas (28). Em primeiro lugar, a promessa que o médico jurou cumprir de colocar os seus conhecimentos e competências ao serviço do doente. Contudo, a relação de confiança que deve existir entre ambos, que tem por si só um valor terapêutico, conforme já referia Michael Balint, inclui também o cumprimento cabal de outras promessas mais triviais (por

exemplo, "volto mais tarde para falar com você...") que, se forem feitas, deverão ser cumpridas (29,30).

Uma das recomendações do manual *Good Medical Practice*, do *General Medical Council* do Reino Unido, enfatiza a necessidade do médico ser honesto e agir com integridade. De acordo com este documento, isso inclui o dever de não discriminar pacientes ou colegas, nunca abusar da confiança que os doentes em si depositam, nem prejudicar a estima e confiança que a sociedade em geral tem para com a classe médica (31).

A integridade envolve o respeito pelas convicções morais, políticas ou religiosas dos outros, conforme está consignado no artigo 2.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, desde a sua aprovação pelas Nações Unidas em 1948 (32). No âmbito da relação clínica, trata-se de um direito inalienável do paciente, consagrado no Código Deontológico da Ordem dos Médicos de Portugal e na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, publicada pela Direcção-Geral de Saúde de Portugal (33,34).

O respeito para com o doente inclui também a necessidade de obtenção de um consentimento informado e esclarecido, antes de qualquer ato médico, bem como a aceitação da vontade expressa livremente pelo doente de não se submeter a determinado tratamento médico ou cirúrgico, mesmo que essa decisão lhe possa reduzir a esperança de vida.

No passado e até meados do século 20, a pessoa doente aceitava habitualmente de uma forma passiva a decisão dos clínicos, o que tem sido denominado paternalismo médico (35). Atualmente, a valorização da autonomia do doente, a obrigação legal de obtenção do consentimento informado, a maior oferta de serviços de saúde, a par de uma maior informação disponível, por meio da imprensa e internet, têm contribuído para um maior envolvimento e responsabilização do doente na decisão médica.

A decisão clínica deverá ser consistente, rigorosa e racional, tendo por base a anamnese, exame físico e eventuais exames complementares. É atualmente reconhecido que a história clínica fornece, em média, 70 a 80% da informação necessária para se chegar a um diagnóstico (36). O médico íntegro não deverá ser um "supertecnômico", para usar o neologismo de Osswald (08). Tomará decisões de acordo

com o seu saber e a sua consciência, não cedendo a pressões nem a qualquer tipo de suborno. Será inaceitável que o clínico aceite qualquer pagamento, seja em bens ou em dinheiro, para facilitar a marcação de uma consulta, exame ou cirurgia. Do mesmo modo, não deverá prescrever medicação supérflua, requisitar exames complementares de diagnóstico desnecessários, nem propor procedimentos clínicos ou cirurgias dispensáveis.

Num sistema de saúde privado, ou quando a remuneração está dependente da produtividade, existe por vezes a tentação de se efetuarem exames complementares, intervenções cirúrgicas ou tratamentos desnecessários, tendo em vista as compensações financeiras. Contudo, não se deverá cair no erro oposto de se deixar de fazer o que deve ser feito, em benefício do doente, o que poderá configurar negligência médica (37,38).

A integridade poderá envolver o estabelecimento de prioridades nos cuidados de saúde prestados aos doentes. Tendo em conta que os recursos disponíveis serão sempre insuficientes, para uma população ou país, as decisões deverão basear-se em critérios essencialmente clínicos suportados por evidências científicas comprovadas e atualizadas, nomeadamente na prescrição de medicamentos e na proposta de cirurgias e outros atos médicos. Deverá, no entanto, dar-se preferência às opções de mais baixo custo, desde que essa decisão seja adequada à situação clínica dos pacientes (39).

O médico íntegro não se preocupará quando o doente expressar, geralmente de forma subtil, o desejo de ouvir uma segunda opinião sobre a sua enfermidade. Pelo contrário, deverá encorajá-lo a fazê-lo e facultar-lhe toda a informação clínica, incluindo os exames complementares já efectuados, de modo que o seu colega disponha de todos os elementos que lhe permitam tomar uma decisão esclarecida e fundamentada. O direito que o doente tem de obter o parecer de outro(s) médico(s) sobre o seu estado de saúde também faz parte do Código Deontológico da Ordem dos Médicos de Portugal e da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

A integridade do médico poderá incluir a obrigação de se manter atualizado, pelo menos na sua área de especialização e acerca de todas as situações clínicas com que lida na sua actividade profissional quotidiana (40). O clínico deverá estar também consciente do

seu dever de informar a comunidade científica de alguma descoberta relevante, contribuindo assim para o progresso da medicina e da ciência.

Outro aspecto da integridade, talvez menos reconhecido, é a capacidade que o médico deverá ter para admitir o seu desconhecimento ou ignorância diante de uma patologia invulgar ou em relação ao prognóstico de um caso complexo. Deverá, no entanto, orientar o doente o melhor possível, de acordo com as *leges artis*, para a resolução do problema clínico. Por outro lado, é de esperar de um médico íntegro que, quando as circunstâncias o permitem, encaminhe o doente para outros colegas ou unidades hospitalares mais diferenciadas, que estejam melhor habilitados a resolver o problema clínico concreto apresentado pelo paciente.

O médico, exercendo o seu *múnus* com integridade, não deverá assinar nenhuma certidão de óbito, declaração de doença ou incapacidade, nem qualquer outro documento legal acerca do estado de saúde de um paciente, sem primeiro o observar. Além disso, a declaração que assina deverá ser verdadeira e corresponder à condição real da pessoa no momento da observação clínica.

Os médicos íntegros não utilizam o seu estatuto de respeitabilidade na sociedade e o estado de vulnerabilidade, fragilidade e dependência dos doentes para a obtenção de privilégios, especialmente lucros financeiros ilícitos ou favores de índole sexual (41). Já Hipócrates referia no seu célebre Juramento: "Em qualquer lar em que entre, terei apenas em vista o proveito dos doentes, abstendo-me de toda a ação prejudicial e corruptora, sobretudo quanto a voluptuosidade nos contatos com homens ou mulheres, sejam livres ou escravos" (42).

O médico, agindo com integridade estará disponível para o atendimento dos familiares dos doentes que tem a seu cargo, respondendo às suas questões e preparando-os para o desenrolar do estado clínico previsível dos seus doentes. Por outro lado, assumirá seus erros e não abandonará um doente quando surge qualquer complicação na sequência de algum procedimento clínico por ele efetuado (43).

O médico íntegro poderá talvez aceitar o patrocínio ocasional da indústria farmacêutica para a sua participação em congressos e ações de formação de reconhecido interesse científico, sem quaisquer contrapartidas, mas evitará situações em que possam surgir conflitos de

interesse e jamais aceitará a intromissão das empresas na sua atividade clínica. Do mesmo modo, evitará relações promíscuas ou pouco claras com a indústria farmacêutica na realização de ensaios clínicos ou na publicação dos resultados desses estudos em revistas científicas (44,45).

A integridade poderá incluir a defesa intransigente, por parte do médico, dos interesses dos doentes e da população em geral, por meio da sua participação em fóruns e debates públicos, bem como utilizando a imprensa escrita e falada e as novas tecnologias (através de blogs p.e.), contribuindo desta forma para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

O médico que revela integridade deverá ainda ter consciência da dimensão da sua influência e exemplo, procurando, na sua vida pessoal, zelar pela sua saúde, evitando o tabaco, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e qualquer outro tipo de dependências.

Considerações finais

A presença da virtude moral da integridade por parte do médico parece-nos indispensável para o estabelecimento de uma relação clínica de confiança com o seu doente, representando uma das virtudes mais valorizadas no âmbito do profissionalismo médico. Contudo, consideramos que os currículos da formação pré-graduada da maior parte das Faculdades de Medicina em Portugal valorizam sobretudo a aquisição de conhecimentos e competências e não tanto o chamado "currículo escondido", que inclui a integridade como um dos seus pilares.

Numa época de acelerado progresso dos meios tecnológicos disponíveis na área da biomedicina, e de uma tendência para a aplicação de modelos de cariz utilitarista na gestão dos serviços de saúde, parece-nos necessário enfatizar a integridade do médico, não imposta como uma pesada obrigação deontológica, mas constituindo condição *sine qua non* para o exercício de uma medicina humanista, ao serviço do doente. Conforme refere Serrão,

"Os eticistas modernos voltam a apelar para as virtudes tradicionais dos médicos, como pessoas, porque só o médico vir-

tuoso pode defender o doente quando, de forma inevitável, o ato médico evolui para uma relação complexa e múltipla, com um importante componente tecnológico e uma significativa vertente econômico-financeira e social" (39).

As considerações aqui apresentadas acerca de possíveis aplicações do conceito de integridade moral na relação médico-paciente não pretendem ser definitivas, mas servir de orientação e constituir um ponto de partida para a reflexão bioética acerca deste tema.

Referências

1. Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura - Edição Século XXI. Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo; 2000.
2. Moraes SA. Grande Dicionário de Língua Portuguesa. Lisboa: Editorial Confluência; 1949.
3. Dicionário Universal da Língua Portuguesa. Lisboa: Texto Editora; 1995.
4. Haack S. The integrity of science: what it means, why it matters. In: Actas do X Seminário Nacional do Conselho de Ética para as Ciências da Vida; 2007, Lisboa, Portugal. p. 9-28.
5. Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/integrity> (acesso em 25.11.2008).
6. Beauchamp T, Childress J. Virtues and Ideals in Professional Life. In: _____. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1994. p. 462-508.
7. Brody BA. Life and Death Decision Making. New York: Oxford University Press; 1998.
8. Osswald W. Um fio de ética, 2.^a ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2004.
9. Rendtorff JD, Kemp P, editores. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. Copenhagen/Barcelona: Centre for Ethics and Law, Institut Borja de Bioética; 2000.
10. Pellegrino ED. The relationship of autonomy and integrity in medical ethics. Bulletin of PAHO 1990; 24 (4): 361-71.
11. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Lancet 2002; 359: 520-2.
12. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 2002; 136: 243-6.
13. Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP; 2005.
14. Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism

in a changing world. Technical supplement to a report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP; 2005.

15. British Medical Association. Professional Values. http://www.bma.org.uk/healthcare_policy/professional_values/profval.jsp (acesso em 25/nov/2008).

16. General Medical Council. Good Medical Practice. http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/GMC_GMP.pdf (acesso em 25/nov/2008).

17. Vetter N. Professionalism in the 21st century. *J Public Health* 2005; 27:1-2.

18. Souba WW & Day DV. Leadership values in academic medicine. *Acad Med* 2006; 81: 20-6.

19. Serrão D. Ética das Ciências da Saúde. <http://www.danielserrao.com/gca/?id=113> (acesso em 17./Dez/2008).

20. Lobo-Antunes J. O currículo escondido. In: _____. *Memória de Nova Iorque e Outros Ensaio*. Lisboa: Gradiva; 2002. p. 192-208.

21. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998; 73: 403-7.

22. Pinto-Machado J. Formação Bioética nas Profissões de Saúde. In: *Actas do 9.º Seminário do CNECV, Coleção Bioética*; 2006, Lisboa, Portugal. p. 46.

23. Pinto-Machado J. Os desafios actuais que se colocam ao desenvolvimento das Faculdades de Medicina em Portugal. *Acta Pediatric Port* 2008; 39 (1): 41-5.

24. Petersdorf RG. A matter of integrity. *Acad Med* 1989; 64: 119-23.

25. Rushforth B. Where is integrity in medicine?. *Student BMJ* 2003; 11:124.

26. Ariyam S. Of mice and men: honesty and integrity in medicine. *Ann Surg* 1994; 220 (6): 745-50.

27. Callahan D et al. The Goals of Medicine: Setting New Priorities, special supplement. *Hastings Cent Rep*; 1996.

28. Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Inst Ethics J* 1995; 5 (3): 253-77.

29. Balint M. *O Médico, o seu doente e a doença*. Lisboa: Climepsi Editores; 1998.

30. Johnson AG. *Pathways in Medical Ethics*. London: Edward Arnold; 1990.

31. General Medical Council. Good Medical Practice. http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/GMC_GMP.pdf (acesso em 25/nov/2008).

32. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Declaração Universal dos Direitos do Homem de Dezembro de 1948. *Diário da República n.º 57*, Lisboa, 9 mar, 1978.

33. Novo Código Deontológico. *Revista da Ordem dos Médicos* 2009; 97:51-72.

34. Portugal. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para a Humanização dos Serviços de Saúde. *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Lisboa, Portugal. Ministério da Saúde; 2004.

35. Johnson AG, Johnson P. Making Sense of Medical Ethics. London: Hodder Arnold; 2007.
36. Enelow AJ, Forde DL, Brummel-Smith K. Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente. Lisboa: Climepsi Editores; 1999.
37. Cruz J. Em defesa de uma medicina hipocrática. Arq Med 2001; 14 (3): 174-6.
38. Post SG, editor. Encyclopedia of Bioethics. New York: Thomson Gale; 2004.
39. Serrão D. A ética médica e os custos dos cuidados de saúde. In: Serrão D & Nunes R, editores. Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora; 1998.
40. Carta de Humanização do Hospital de S. João. In: Livro Branco da Humanização. Serviço de Humanização do Hospital de S. João. Porto: Hospital de S. João; 2008. p. 21.
41. Hall KH. Sexualization of the doctor-patient relationship: is it ever ethically permissible? Family Practice 2001; 18: 511-5.
42. Namora F. Deuses e Demónios da Medicina. Lisboa: Círculo de Leitores; 1977.
43. Donovan GK. The physician-patient relationship. In: Thomasma DC, Kissell JL, editores. The Health Care Professional as Friend and Healer - Building on the Work of Edmund D. Pellegrino. Washington DC: Georgetown University Press; 2000.
44. Granja M. Ligações perigosas: os médicos e os delegados de informação médica. Acta Med Port 2005; 18: 61-8.
45. Komesaroff PA, Kerridge IA. Ethical issues concerning the relationships between medical practitioners and the pharmaceutical industry. MJA 2002; 176 (3): 118-21.

Recebido: 09/09/2008 Aprovado: 18/11/2008

Vulnerabilidade em pesquisa e cooperação internacional em saúde

Vulnerability in research and international cooperation in healthcare

José Paranaguá de Santana

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

jparanagua@hotmail.com

Cláudio Lorenzo

Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal da Bahia e Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

claudiolorenzo@ufba.br

Resumo: A regulação ética da prática científica foi desencadeada por denúncias e comprovações de crimes contra pessoas, grupos étnicos e sociais e segmentos populacionais, a partir da II Guerra Mundial. O surgimento e a consolidação da Bioética como campo científico e prática social é expressão do sucesso desse movimento regulatório. Contudo, o envolvimento de seres humanos em pesquisa persiste como objeto de preocupação mundial. Uma das dimensões mais significativas dessa preocupação origina-se na vulnerabilidade a que estão expostos ou são submetidos os indivíduos e coletividades humanas no contexto de projetos de pesquisa realizados mediante cooperação internacional. O presente artigo desenvolve uma reflexão sobre critérios que caracterizam a vulnerabilidade nesse contexto: fragilidade na capacidade nacional de realizar pesquisas; nível de pobreza das pessoas ou populações; acesso aos serviços de saúde; grau de instrução da população; condições associadas a gênero, etnia e local de domicílio. O objetivo é analisar os limites da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regula as pesquisas com seres humanos no Brasil frente ao propósito de proteger os vulneráveis, abordando alguns aspectos dessa temática na perspectiva das relações internacionais no campo da saúde.

Palavras-chave: Bioética. Vulnerabilidade em pesquisa. Diplomacia e cooperação internacional. Saúde e diplomacia.

Abstract: The ethical regulation of scientific practice since World War II was triggered by accusations and confirmation of crimes against individuals,

ethnic and social groups, and different segments of a population. The emergence and the consolidation of Bioethics as a scientific field and a social practice is the expression of the success of this regulatory movement. Nevertheless, the involvement of human beings in research persists as an object of serious concern worldwide. One of the most important dimensions of this concern pertains to the vulnerability to which groups and individuals are exposed or subjected during the course of research projects developed in the context of international cooperation. This study reflects upon characteristics of such vulnerabilities: fragility of the national capacity to conduct research; degree of poverty of the population and some of its segments; accessibility to healthcare; degree of literacy of the population; and conditions associated to gender, ethnicity, and place of residence. The goal is to analyze the limitations of Resolution 196/96 enacted by the National Health Council (CNS – Conselho Nacional de Saúde), which regulates research on human beings in Brazil, purporting to protect vulnerable populations, while addressing some of these aspects from the perspective of the international relations in the field of healthcare.

Key words: Bioethics. Vulnerability in research. Diplomacy and international cooperation. Healthcare and diplomacy.

A participação de seres humanos em protocolos de pesquisa biomédica é certamente uma prática tão antiga como essa própria modalidade de pesquisa. A utilização da cobaia, um roedor originário da Região Andina, com fins experimentais nos laboratórios levou à aplicação corriqueira desse termo como designação genérica a outros animais e, por extensão, aos espécimes humanos. Contudo, sempre se observaram variações no tratamento dado às pessoas em relação a outros seres vivos, seja por razões morais, crenças religiosas ou algum tipo de regulação social. O termo “cobaia humana” já entrou em desuso e não é mais sequer tolerado no vocabulário científico na atualidade. Denota, inclusive, um sentido pejorativo quando é utilizado, geralmente em referência a casos onde há indícios ou suspeita preliminar de “uso” de indivíduos ou coletividades humanas como “objeto” de pesquisa. A nomenclatura aceita hoje é a da “participação” ou “envolvimento” de seres humanos como “sujeitos” de pesquisa.

A construção desse juízo de valor, como uma norma ética fundamental e indispensável em todo e qualquer programa de investi-

gação, ocorreu ao longo da segunda metade do século passado. A despeito da evolução histórica das ciências biomédicas e da presença cada vez mais freqüente de seres humanos nesses processos de pesquisa remontarem aos séculos anteriores, especialmente o final do século 19, o estabelecimento de normas éticas e sua cristalização em dispositivos jurídicos foram acontecimentos mais tardios.

O movimento em prol de uma regulação ética da prática científica foi desencadeado por denúncias e comprovações de crimes contra pessoas, grupos étnicos e sociais ou segmentos populacionais, praticados pelos nazistas durante a Segunda Guerra Mundial. Casos semelhantes, embora em escala menos aberrante, infelizmente já ocorriam antes e ainda se perpetraram nas décadas seguintes, justificando e fortalecendo a necessidade imperiosa do controle social sobre essas práticas científicas.

O surgimento e a consolidação da Bioética como campo científico e prática social é uma das expressões do sucesso desse movimento. Contudo, o envolvimento de seres humanos em pesquisa persiste como objeto de grande preocupação mundial. Uma das dimensões mais significativas dessa preocupação origina-se na vulnerabilidade a que estão expostos ou são submetidos os indivíduos e coletividades humanas envolvidos em projetos de pesquisa. A caracterização da vulnerabilidade se apresenta como uma das primeiras questões a serem enfrentadas nestes casos, tornando-se, portanto, indispensável que sejam definidas as regras, cuidados e requisitos imprescindíveis para garantir os direitos humanos nesses contextos.

O estabelecimento de critérios que caracterizam a vulnerabilidade é ponto de partida para essa reflexão. No presente estudo, a discussão será desenvolvida com a adoção dos seguintes critérios para caracterizar a vulnerabilidade: fragilidade da capacidade nacional de realizar pesquisas; nível de pobreza das pessoas ou grupos populacionais; acessibilidade a serviços de saúde; grau de instrução da população; condições associadas a gênero, etnia e local de domicílio (1, 2)¹.

O objetivo da primeira etapa da reflexão é problematizar os limi-

1. Esse elenco de critérios de vulnerabilidade foi desenvolvido por Lorenzo C. e adotado pela Disciplina: Seminário Avançado em Bioética de Situações Persistentes (código 379891), do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, 2º Semestre 2008.

tes da norma vigente no Brasil - a Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – frente ao propósito de proteger os vulneráveis. A segunda etapa desse exercício, por sua vez, abordará alguns aspectos da temática acima na perspectiva das relações internacionais no campo da saúde.

A proteção dos vulneráveis

Em tese, todos sujeitos são vulneráveis quando se trata de participação em pesquisas, aqui entendidas como atividades que visam estimar ou estabelecer novos conhecimentos ou a aplicação dos mesmos em situações específicas, que implicam, portando, a exposição a riscos ou a ocorrência de danos que são, a princípio, desconhecidos total ou parcialmente.

Infelizmente o processo de desenvolvimento das biotecnociências não dispensa a inclusão dos seres humanos, uma espécie de contrapartida que antecede usufruir os benefícios alcançados. Contudo, a vulnerabilidade frente as vicissitudes da existência humana não é compartilhada igualmente por todos. Por diversas razões e em diferentes circunstâncias, algumas pessoas estão mais expostas que outras aos riscos, bem como determinados grupos sociais sofrem menos sujeições que os demais. As razões e circunstâncias que explicam tal situação são numerosas e complexas, mas podem ser sistematizadas em alguns itens, de modo a facilitar sua compreensão e identificar fatores comuns que orientem o desenho de estratégias e ações compensatórias, neutralizadoras ou preventivas, no caso dos riscos e danos implicados ou decorrentes das pesquisas.

Um primeiro critério que permite a caracterização da vulnerabilidade, no contexto das pesquisas envolvendo seres humanos, é o diferenciado poder ou capacidade que cada país possui para a realização de pesquisas, incluindo fatores como: capacidade instalada, em termos de disponibilidade de investigadores e centros institucionais de atuação dos mesmos; existência de fontes de financiamento; e atuação de agências de fomento e gestão do desenvolvimento científico e tecnológico. A análise desses fatores passa pelo referencial mais amplo das discussões sobre a ética na riqueza das nações (3) ou sobre as interpretações históricas das causas da desigualdade econômica

mundial, responsável pela concentração da riqueza em alguns poucos países e pela completa escassez de recursos em tantos outros (4).

A intenção nesse artigo não é aprofundar o diálogo com essas correntes interpretativas que versam sobre a riqueza ou a pobreza das nações, mas tão somente levantar uma conjectura alinhando as interpretações sobre as diferenças de poder econômico e, por conseguinte, de poder técnico-científico entre os países vis-à-vis a vulnerabilidade das respectivas populações frente aos riscos e danos associados à pesquisas. Um corolário dessa conjectura é que os países ricos lidam preventivamente com as vulnerabilidades de risco e dano ligados à pesquisa, enquanto aos países pobres resta suportar as demandas da participação de seres humanos nas investigações, alimentando a expectativa de que lhes sejam propiciados os benefícios vindouros do progresso científico. O que poderia ser dito de uma forma mais cruel: os ricos transferem para os pobres o ônus dos riscos e o prejuízo dos danos associados ou resultantes da incerteza inerente à pesquisa científica dependente da participação humana em suas experimentações.

Essa linha de abordagem justifica a preocupação expressa em dois itens da Resolução 196/96 do CNS:

“III.3 – A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências: [...] - s) comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos da pesquisa e para o Brasil, decorrentes de sua realização; [...]

VIII.4 – Atribuições da CONEP: [...] - c) aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais, tais como [...] 8 – pesquisas coordenadas do exterior ou com a participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior” (5).

A indagação neste momento recai sobre a efetividade dessa norma, em termos da proteção das comunidades nacionais ante os riscos e danos potenciais ou eventuais decorrentes da participação em pesquisas coordenadas ou financiadas de fora do Brasil. Seria ilusó-

rio creditar que tal poder emanasse de instâncias apenas normativas como um Conselho e uma Comissão por ele instituída, desprovidas de mandato legislativo ou judiciário. Seria ainda ingenuidade supor que a regulação ou o controle de processos complexos como a vulnerabilidade na pesquisa sejam decorrências naturais da vigência normativa, mesmo que de foro jurídico superior.

Trata-se, portanto, de avaliar o poder da norma como instrumento de atores deliberada e esclarecidamente engajados no confronto dos interesses por vezes ocultos e insidiosos em torno da realização de pesquisas, em defesa dos direitos humanos; mais ainda, investir no papel facilitador que uma norma provisória pode desempenhar em determinado momento, no sentido de acumular condições favoráveis para geração normativa mais poderosa. É necessário reconhecer a importância da vigência da norma e suas aplicações na consolidação de patamares mais elevados de regulação bioética sobre a pesquisa no Brasil, inclusive no aspecto em foco: a proteção aos mais vulneráveis.

Os critérios de vulnerabilidade constantes na lista adotada como roteiro para a presente discussão estão associados às relações entre riqueza e pobreza, tanto no plano comparativo das nações como dos grupos sociais e coletividades no contexto de cada país. Contudo, podem ser explorados alguns aspectos valiosos para a compreensão da gênese multifatorial da vulnerabilidade a partir de considerações sobre cada um deles.

A fragilidade da capacidade nacional de realizar pesquisas está incluída entre as características dos países menos desenvolvidos, ocorrendo em dezenas de países uma situação extrema na qual os mesmos têm participação resumida a um campo de experimentação para projetos comandados e financiados por instituições de países mais ricos.

A posição do Brasil no cenário mundial é intermediária entre os grandes fomentadores de pesquisa (países do Hemisfério Norte) e o grupo totalmente dependente de projetos externos (Hemisfério Sul). É um contexto onde o Brasil desfruta posição vantajosa, pois detém um expressivo conjunto de instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e inovação no campo da saúde.

Ao situar-se no Hemisfério Sul e, por outro lado, sediar importan-

tes centros de pesquisa em saúde, o Brasil torna-se atraente para a realização de pesquisas financiadas pelos países ricos do Norte, inclusive pela existência de tantos outros fatores associados às dimensões continentais e diversidade ecológica aqui presentes. Nesse sentido, com base na conjectura formulada anteriormente sobre a determinação da vulnerabilidade associada aos padrões de pobreza e riqueza que segmentam as nações, depreende-se que a população brasileira apresenta critérios desfavoráveis de vulnerabilidade em relação aos cidadãos dos países financiadores de pesquisa no Brasil. A pergunta formulada severamente é até que ponto a inclusão de brasileiros como sujeitos das pesquisas realizadas ou apoiadas do exterior substitui a participação de pessoas desses países em tais pesquisas, num esquema de divisão de riscos e danos versus benefícios entre o Brasil e os países ricos? Essa hipótese não deve ser admitida sob uma conotação fundamentalista, levando a uma atitude paranóica de que todos os projetos com apoio de outros países é lesivo aos interesses nacionais, pois inviabilizaria a própria superação das fragilidades atuais de realização de pesquisas no país.

A segunda conclusão da discussão, focalizando o critério de vulnerabilidade relativo à limitação da capacidade nacional para a realização de pesquisas, reconhece favoravelmente a orientação da Resolução 196/96 do CNS, que sinaliza medidas a serem adotadas pelos colegiados de ética em pesquisa (Sistema CEP/CONEP - Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) para a proteção aos mais vulneráveis, bem como indicações para o fortalecimento da capacidade nacional de realização de pesquisas.

A preocupação com o nível de pobreza dos grupos populacionais ou pessoas participantes de protocolos de pesquisa resulta de que a condição de carência econômica pode induzir à decisão de submeter-se aos procedimentos experimentais para auferir benefícios ou, na alternativa mais grave, atender transitoriamente necessidades impostas pela pobreza. Essa precaução transparece em vários itens da Resolução, mas é citada claramente apenas quando define o sujeito da pesquisa e o termo de consentimento para sua participação:

"II.10 – Sujeito da pesquisa – é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada

qualquer forma de remuneração.

II.11 – Consentimento livre e esclarecido – [...] autorizando sua participação voluntária na pesquisa" (5)

Dois outros termos definidos na Resolução, os itens "II.12 – Indenização" e "II.13 – Ressarcimento", também remetem a esse critério de vulnerabilidade. No contexto de penúria, que muitas vezes atormenta grupos humanos convidados a participar de pesquisas, esses procedimentos (a indenização e o ressarcimento) podem escamotear mecanismos de atração de pessoas para as pesquisas, as quais acabam atuando mais como "cobaias humanas" do que propriamente participando como sujeitos nessas experimentações.

A precariedade ou indisponibilidade de serviços de saúde no país ou nas localidades onde residem os sujeitos da pesquisa constitui outro fator de vulnerabilidade, na medida em que, potencialmente, torna essas pessoas reféns da oferta dos benefícios de assistência sanitária de qualquer natureza que lhes sejam, mesmo que transitoriamente, oferecidos em troca da adesão ao protocolo de pesquisa. Além disso, a inexistência ou baixa oferta de atenção à saúde é uma das expressões da pobreza que, por si mesma, condiciona a vulnerabilidade em pesquisa.

O nível educacional da população é mais um fator a ser considerado, pois além de ser um critério associado ao determinante maior da condição de pobreza, como no caso anterior sobre acessibilidade a serviços de saúde, envolve implicações específicas tendo em vista limitações ao bom uso do instrumento ou recurso previsto pela Resolução em seu capítulo IV - Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse sentido, vale a referência específica do item IV.1, onde consta que "[...] o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível [...]", pois denota a precariedade da autonomia de pessoas com baixo grau de instrução para a livre adesão a um protocolo científico.

As condições associadas a gênero e etnia estão duplamente associadas à vulnerabilidade em pesquisa. Há que considerar os aspectos de natureza biológica relacionadas a riscos e danos no caso da exposição de homens e mulheres de diferentes grupos étnicos a procedimentos de pesquisa. Entretanto, o aspecto destacado nesse ensaio diz respeito às implicações de caráter socioeconômico e cul-

tural da participação desses diferentes tipos de sujeitos, no contexto de desigualdade entre países. Diferentemente dos países ricos do Hemisfério Norte, na maioria dos países pobres do Sul as mulheres e as "minorias raciais" encontram-se geralmente submetidas a condições de "capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido" (nos termos do item II.15 da Resolução 196/96 do CNS).

A localização domiciliar dos participantes de protocolos de pesquisa - em áreas rurais ou zonas urbanas - constitui o quinto critério de vulnerabilidade. Sua importância como indicador ou "sentinela" de redução da capacidade de autodeterminação se relaciona com as condições peculiares de maior ou menor facilidade de comunicação e do acesso à informação que diferencia os moradores das cidades, das periferias urbanas e do campo. Também há que considerar o efeito sinérgico dos fatores de acesso a serviços educacionais e de saúde para essas populações, conforme a localização de seus domicílios. O que importa reconhecer nesse momento é o valor desse critério para orientar os agentes do controle social sobre as pesquisas em seres humanos, que são os integrantes do Sistema CEP/CONEP.

A terceira conclusão aqui apresentada, relativa aos critérios de vulnerabilidade tratados nos parágrafos acima, é também no sentido de reconhecer a contribuição da referida Resolução 196/96 para o enfrentamento de um conjunto de fatores que agravam a vulnerabilidade de pessoas ou grupos convocados ou que se candidatam ao papel de sujeitos em projetos de pesquisa científica biomédica ou, numa acepção mais ampla, na área das ciências da saúde.

Ao encerrar essa parte da discussão, vale ressaltar que o conceito de vulnerabilidade subjacente nesse ensaio não destaca a conotação associada ao consentimento livre e esclarecido, como o faz a Resolução do CNS:

"II.15 – Vulnerabilidade – refere-se ao estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido" (5).

Esse viés contido na norma não deve ser entendido, necessaria-

mente, como uma restrição ou limitação do conceito de vulnerabilidade. A interpretação é que isso atende a uma razão prática da norma, que adota o termo de consentimento e o protocolo de pesquisa como instrumentos por via através das quais se realiza o poder normativo.

Vulnerabilidade como marco bioético na cooperação internacional

A abordagem desse tema apontará aspectos relacionados aos processos de cooperação técnica que configuram a política externa do Brasil na área de saúde voltada para o Hemisfério Sul, particularmente no caso do bloco dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)². O objetivo dessa parte do trabalho é questionar a influencia de normas nacionais como a Resolução 196/96 do CNS e de preceitos internacionais como a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco* (6) na modulação ética das pesquisas incluídas na agenda da cooperação internacional que O Brasil se propõe realizar.

Há um crescente interesse no cenário internacional pela área da saúde, que se reflete na ampliação de sua presença nas agendas diplomáticas dos países membros das Nações Unidas. A resultante desse movimento se concretiza na promoção de cooperação técnica entre países ou grupo de países, estabelecendo acordos que visam alcançar objetivos comuns na área da saúde, a busca de consensos na definição de políticas e na promoção de ações cooperativas, a captação de recursos financeiros, ou simplesmente o estabelecimento de redes de colaboração em áreas específicas do campo da saúde.

A ênfase em relação à agenda internacional da saúde tem sido anunciada, nos últimos anos, pelas mais altas autoridades do Governo brasileiro: o desafio lançado pelo Presidente Luis Inácio Lula da Silva (7) na abertura do Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado no Rio de Janeiro em agosto de 2006, em prol da solidariedade entre as nações nessa área; a Declaração Ministerial de Oslo sobre a saúde como um tema prioritário para a política exterior, assinada em mar-

2. As considerações a seguir apresentadas fazem parte do pré-projeto aprovado na seleção para o Programa de Pós-Graduação (Doutorado) em Ciências da Saúde da UnB – Cooperação Sul-Sul na Área de Saúde: Dimensões Bioéticas.

ço de 2007 pelos Ministros de Relações Exteriores do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia (8); o pronunciamento do Ministro Celso Amorim (9), em Genebra, na abertura da 60ª Assembléia Mundial da Saúde, em maio de 2007, quando enfatizou a relevância da cooperação internacional em saúde e o interesse pela participação de instituições como a OMS na "triangulação" da cooperação Sul-Sul. No contexto específico do setor saúde, registrou-se o compromisso do Ministro José Gomes Temporão (10) em seu discurso de posse, em 19 de março de 2007, de "fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional [...] em especial com o MERCOSUL - e com os países de língua portuguesa da África e a CPLP."

A participação da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no projeto brasileiro de cooperação internacional em saúde vem se consolidando há alguns anos. Um marco importante desse processo foi a assinatura do Termo de Cooperação N° 41 – TC 41 (11), em 31 de dezembro de 2005, com o objetivo de desenvolver um programa de cooperação internacional voltado para o intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias disponíveis em instituições do campo da saúde pública no Brasil e nos países integrantes da OPAS/OMS. Essa orientação se ampliou com o estabelecimento da Estratégia de Cooperação Técnica daquela Organização com a República Federativa do Brasil 2008-2012, documento assinado em 20 de agosto de 2007 pelo Ministro da Saúde e pela Diretora da OPAS e da OMS (12).

A implantação dessa nova modalidade de cooperação do Brasil com outros países, incentivada com recursos nacionais transferidos para a OPAS/OMS via TC 41, fundamenta-se em dois pilares: nas experiências de cooperação técnica no contexto nacional e na expectativa de promover intercâmbio de conhecimentos e tecnologias para enfrentar os problemas de saúde que representam prioridades ou interesses comuns entre o Brasil e outros Estados membros da OPAS/OMS. Sua concepção tem por base o reconhecimento de instituições nacionais como referência internacional nas áreas de formação de quadros técnicos e de mobilização de cooperação no campo da saúde. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) desempenha um papel expressivo como parte interveniente na coordenação e execução do referido termo de cooperação. O TC 41 representa, portanto, uma platafor-

ma jurídica e operacional para a execução de projetos de cooperação triangulada pela OPAS/OMS nas diversas áreas técnicas de interesse da saúde, contribuindo para consolidar uma agenda duradoura da cooperação internacional nos campos do ensino e do desenvolvimento científico e tecnológico.

Uma das prioridades para a diplomacia brasileira é o relacionamento do Brasil com o bloco PALOP. Tendo em vista o fortalecimento dessa cooperação com triangulação da OPAS/OMS, estão sendo ultimados entendimentos para sua articulação com as iniciativas diplomáticas acima referidas. A proposta pode ser visualizada como um esquema em forma triangular, representando o processo de cooperação entre países no contexto do Hemisfério Sul (CSS), situando em cada vértice: o Brasil (nesse caso, por intermédio da FIOCUZ), os integrantes dos PALOP (com as respectivas instituições contrapartes da FIOCRUZ) e a OMS (por intermédio de suas duas regionais: a OPAS - Escritório Regional das Américas, na sigla em inglês: AMRO - e o Escritório Regional da África - AFRO).

Essa iniciativa exemplifica situações que devem ser tomadas como estudo de caso na avaliação bioética da cooperação internacional em saúde, pois o escopo da bioética, especialmente com os avanços doutrinários consagrados no VI Congresso Mundial de Bioética, que teve como tema oficial "Bioética, poder e injustiça" (13), ampliou-se para o campo das políticas públicas e transcende limites territoriais ou geopolíticos. Desse modo, é perfeitamente justificável propor a discussão sobre os aspectos bioéticos das políticas e planos governamentais de cooperação técnica envolvendo os setores de saúde de dois ou mais países, ou seja, em processos de cooperação internacional bilateral ou multilateral. Essa argumentação foi reconhecida pela OPAS/OMS, ao promover, em abril de 2000, uma conferência virtual em que os participantes, representantes de várias organizações internacionais, reforçaram consistentemente o argumento sobre a aplicação da bioética no trato das relações internacionais no campo da saúde (14). Também a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* estabelece, em vários artigos, recomendações a esse respeito:

"Artigo 13 – Solidariedade e Cooperação: A solidariedade entre os seres humanos e cooperação internacional para esse fim

devem ser estimulados.

Artigo 15 – Compartilhamento de Benefícios: a) Os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e, no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento...

Artigo 24 – Cooperação Internacional: a) Os Estados devem promover a disseminação internacional de informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento de conhecimento científico e tecnológico; b) Ao abrigo da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e estabelecer acordos bilaterais e multilaterais que possibilitem aos países em desenvolvimento construir capacidade de participação na geração e compartilhamento do conhecimento científico, do know-how relacionado e dos benefícios decorrentes" (6).

Diante desses argumentos, apresenta-se a conclusão final dessas reflexões sobre vulnerabilidade em pesquisa e cooperação internacional: as orientações da política externa brasileira no tocante à cooperação em saúde devem coadunar-se com as formulações bioéticas adotadas internamente, como é o caso da Resolução 196/96 do CNS, bem como respeitar normas dos organismos internacionais do qual o país é estado membro. Nesse sentido, torna-se relevante a discussão sobre a vulnerabilidade em pesquisa no contexto dos processos de cooperação internacional capitaneados pelo Brasil, principalmente quando se trata de países marcados por acentuado grau de exclusão e pobreza, traço comum entre as nações africanas e tão facilmente reconhecido na maior parte dos rincões brasileiros.

Referências

1. Lorenzo C. La vulnerabilité sociale en recherche clinique en Amérique Latine: une étude du potentiel de protection conféré par les documents normatifs de la région. Tese apresentada à Câmara de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de Sherbrooke, Quebec, Canadá, para a obtenção do título de PhD em Ética Aplicada às Ciências Clínicas, 2006.
2. Lorenzo C. Los instrumentos normativos en ética de la investigación en seres humanos en América Latina: análisis de su potencial eficacia. In: Keyeux

- G, Penchaszadeh V, Saada A. (org.) Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública. Bogotá: Unibiblos/Unesco; 2007. p. 168-190.
3. Fonseca EG. Vícios privados, benefícios públicos? A ética na riqueza das nações. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.
 4. Landres DS. A riqueza e a pobreza das nações - por que algumas são tão ricas e outras são tão pobres? Rio de Janeiro: Campus; 1998.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS nº. 196/96, de 10/10/1996, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 6. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Tradução para o português: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília 2005. <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>. Acessado em 18/09/2008.
 7. Silva LIL. Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, por ocasião da cerimônia de abertura do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília: Presidência da República/Secretaria de Imprensa e Porta-Voz; 2006. <http://www.info.planalto.gov.br/download/discursos/pr1266.doc>.
 8. Amorim CLN et. al. Oslo Ministerial Declaration – Global health: a pressing foreign policy issue o four time. The Lancet 21st apr 2007b; 369 (9570): 1373-8.
 9. Amorim CLN. Discurso do Ministro Celso Amorim na 60ª Assembléia Mundial de Saúde. Brasília (DF): Ministério das Relações Exteriores; 2007a.
 10. Temporão JG. Discurso de posse no cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25744.
 11. Ministério da Saúde (Brasil). Extrato do 41º Termo de Cooperação e Assistência Técnica ao ajuste complementar. Diário Oficial da União 2006 jan 10: Seção 3; 69.
 12. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de cooperação técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012. Brasília: OPAS; 2007. <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=98>.
 13. Garrafa V; Pessini L. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola, 2003.
 14. A roundtable discussion on international cooperation in health reform in the Americas (Roundtable discussion). Rev Panam Salud 2000 jul-aug; 8(1-2):140-6. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3014.pdf>.

Recebido: 02/10/2008 Aprovado: 18/11/2008

Artigos de atualização

Esta seção destina-se a trabalhos que relatam e discutem informações atuais sobre temas de interesse da bioética e espontaneamente enviados pelos autores

Discurso jurídico, mitos e falácias: direitos fundamentais e o aborto de anencéfalo no Supremo Tribunal Federal - STF *Legal discourse, myths and fallacies: fundamental rights and abortion of anencephalic fetus in the Brazilian Supreme Court*

Henrique Smidt Simon

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB), Brasília, Brasil.

hssimon@terra.com.br

Resumo: A anencefalia se tornou um problema constitucional relevante nos últimos anos. O Supremo Tribunal Federal – STF – está para julgar ação que pretende ver autorizada a antecipação terapêutica do parto nesse caso. Este julgamento terá de enfrentar questões ético-jurídicas cruciais para a sociedade brasileira: o que é vida e em que circunstâncias ela é protegida juridicamente. Este artigo defende que a interrupção da gravidez no caso da anencefalia não configura aborto. Para tanto, parte dos pressupostos da filosofia da linguagem ordinária como ferramenta para analisar as estratégias retóricas daqueles que são contra este posicionamento e para esclarecer as diferenças de significados que a idéia de “vida” tem para o direito e para a moral. As conclusões tiradas são: a retirada do feto anencefálico não constitui aborto; o feto portador dessa malformação não é vivo ou sua “vida” não é protegida juridicamente e, se por acaso quiser-se considerá-lo como ser vivo, o seu direito à vida não se sobrepõe a todos os direitos fundamentais garantidos à gestante (liberdade, autonomia, saúde e integridade física e moral).

Palavras-chave: Aborto. Anencefalia. Vida. Direitos fundamentais. Supremo Tribunal Federal

Abstract: Anencephaly became a relevant constitutional issue in the past three years. The Brazilian Supreme Court is poised to judge a case that would authorize the therapeutic anticipation of birth in such cases. This trial must face important ethical and legal issues for Brazilian society: what is life and in what circumstances is it protected by law. This article maintains that pregnancy

interruption in case of anencephaly cannot be considered abortion. In order to sustain this claim, I adopt concepts from ordinary language philosophy as tools for the analysis of the rhetorical strategies of those who oppose this view and to clarify the different meanings of the idea of "life" in legal and moral speech. I conclude that the anticipation of the birth in cases of anencephaly does not constitute abortion in a legal sense; that the anencephalic fetus has no life; or that if alive, her "life" is not protected by law since its right to life does not trump the fundamental rights guaranteed to the expectant mother (of freedom, autonomy, health, and moral and physical integrity).

Keywords: Abortion. Anencephaly. Life. Fundamental rights. Brazilian Supreme Court.

O problema da antecipação terapêutica do parto de fetos anencefálicos ganhou importância constitucional recentemente, quando, por meio de *habeas corpus*, foi requerido que o Supremo Tribunal Federal – STF – garantisse o direito de a gestante escolher se levaria ou não a termo a sua gravidez de um feto portador dessa anomalia.

Uma estudante do Estado do Rio de Janeiro entrou, via defensoria pública, com pedido de autorização para retirada de feto portador de anencefalia (1). O pedido foi indeferido em primeira instância, sob o argumento de que o aborto em tal caso não se enquadrava nas excluídas de ilicitude previstas no Código Penal (art. 128), aduzindo a decisão que o rol de possibilidades para a prática do aborto ali previsto era taxativo.

Houve recurso para o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro - TJRJ - momento em que a relatora do processo concedeu liminarmente a autorização. Contra tal decisão foi interposto agravo regimental por advogados que não faziam parte do processo. Por outro lado, o presidente do TJRJ suspendeu a liminar concedida, mesmo sem poderes legais para tal ato. A despeito da ilegitimidade das partes e da total falta de interesse no recurso por parte dos advogados agravantes, o agravo regimental foi conhecido; contudo, manteve-se, por maioria, a decisão da relatora da apelação.

Entretanto, antes da decisão colegiada, um sacerdote católico, presidente da Associação Pró-Vida de Anápolis (GO) impetrou *habeas corpus* (HC n. 32.159-RJ), contra a decisão liminar, no Superior Tribunal de Justiça - STJ - buscando garantir o direito à vida do feto.

A relatora considerou cabível o *habeas corpus*, uma vez que a garantia da liberdade de ir e vir envolve como seu pressuposto a garantia à vida, que, no caso discutido, estava ameaçada por decisão de autoridade que permitia o aborto. No mérito, ponderou que, a despeito do debate emocional e religioso que envolve a questão do anencéfalo, cabe ao Judiciário tratar a questão apenas juridicamente (em outras palavras, tecnicamente, o que indica uma tentativa de neutralidade). Concedeu, ainda, que o juiz não deve ser apenas um mero espectador das mudanças sociais, de forma a se engessar na letra fria da lei. Entretanto, aduziu que o papel do aplicador tem de ter limites e estes devem ser encontrados na própria lei.

Destarte, como o legislador não incluiu, explicitamente, a hipótese de anencefalia como excludente de ilicitude para o aborto, e como o rol de excludentes do art. 128 do Código Penal é taxativo, a retirada de feto anencéfalo do ventre materno constitui fato típico, caracterizando-se o aborto. Então, caso o Judiciário autorizasse a prática de aborto de anencéfalo, estaria legislando ao criar hipótese de excludente de ilicitude não prevista em norma, usurpando a função do poder legislativo.

O entendimento da ministra Laurita Vaz foi seguido pelos demais ministros da 5ª turma do STJ, de modo que a ordem de *habeas corpus* foi unanimemente concedida. Contra essa decisão foi impetrado novo *habeas corpus*, agora ao STF, alegando-se violação da liberdade da gestante e a atipicidade da antecipação terapêutica do parto de anencéfalos como aborto, já que o anencéfalo não seria vivo, no sentido próprio do termo. O relator foi o ministro Joaquim Barbosa (HC n. 84.025-6/RJ).

O relator acolheu o *habeas corpus* e chegou a proferir seu voto destacando a atipicidade do fato, pois se trata de situação em que há apenas desenvolvimento biológico do feto e não vida a ser protegida juridicamente. Nesse sentido, não há que se falar em intervenção do judiciário no papel do legislativo (o judiciário não estaria incluindo uma nova hipótese de excludente para o aborto), pois o que se estaria a fazer é simplesmente declarar que o fato concreto não pode ser subsumido à norma penal. Entretanto, a votação no STF foi interrompida, pois o relator foi informado, durante a sessão, que a paciente havia dado a luz (o feto manteve suas funções orgânicas por sete minutos). Mas a lacuna sobre o debate constitucional permaneceu.

Diante de tal situação de incerteza, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) ingressou no STF com uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 54), alegando a violação dos direitos de liberdade e autodeterminação das gestantes que carregam fetos anencéfalos, bem como a violação à dignidade humana e o direito à saúde. Seu argumento central é exatamente o da ausência de vida (ou, ao menos, vida viável) do anencéfalo, o que faz com que a antecipação terapêutica do parto nessa situação não caracterize crime de aborto. Diante da relevância e da urgência da situação, requereu liminar para que os demais órgãos jurisdicionais se abstivessem de proibir a escolha das gestantes em retirar os fetos sem cérebro até o fim do julgamento. O relator, ministro Marco Aurélio Mello, concedeu a liminar, que depois foi cassada pelo órgão pleno do tribunal.

Na sessão de julgamento, o então Procurador Geral da República, Cláudio Fonteles, levantou questão de ordem sobre o cabimento da ADPF, alegando que a decisão levaria o Judiciário a agir como legislador, pois não cabe, de acordo com a própria jurisprudência do Supremo, controle de constitucionalidade, na modalidade abstrata, de legislação pré-constitucional, bem como afirma que a interpretação conforme (declaração parcial de inconstitucionalidade sem redução de texto) não pode ir contra a vontade manifesta do legislador (e este não incluiu o aborto de anencéfalo no rol das excludentes do crime de aborto deliberadamente). Estar-se-ia, assim, usurpando a função própria do poder legislativo por via de controle de constitucionalidade.

A questão de ordem foi superada, de forma que o STF entendeu ser cabível a ADPF no caso, por 7 votos a 4. Agora está prevista audiência pública para se debater a questão. Ou seja, ainda não foi abordado o mérito da ação. O sentimento de lacuna constitucional permanece.

Neste diapasão, o intuito do presente artigo é mostrar, a partir de algumas considerações sobre problemas de usos da linguagem, que a antecipação terapêutica do parto é fato atípico e que a imposição da gravidez de um feto anencéfalo viola direitos fundamentais da gestante, principalmente a dignidade humana, a integridade física e moral, a autonomia e o direito à saúde.

A questão de ordem: o mito da vontade do legislador

O recurso à vontade do legislador tem cumprido um papel importante nos discursos sobre o problema da anencefalia. Boa parte do debate tem tentado remeter o problema àquilo que foi discutido pelo legislador de 1940, ao promulgar o Código Penal. Assim, alega-se que foi o legislador quem quis retirar a hipótese da anencefalia como excludente de ilicitude para o crime de aborto.

Entretanto, esse recurso é, na verdade, apenas um tópico argumentativo que serve como paliativo para o problema; um meio para o juiz, ao se deparar com uma questão que implica a análise de valores em conflito ou dúvida a respeito dos limites de aceitabilidade desses valores, não ter de analisar a questão. Em outras palavras, o lugar-comum da vontade do legislador no âmbito da discussão jurídica (2) serve para a estratégia argumentativa de imunizar o judiciário de decisões polêmicas, mantendo-se um status quo ético do próprio juiz.

No caso da ADPF 54, os votos dos ministros que se posicionaram contrariamente ao cabimento da argüição de descumprimento de preceito fundamental foram exatamente no caminho proposto pelo Procurador-Geral da República à época: a decisão inovaria no mundo jurídico; não é dado ao intérprete buscar significados do texto da norma que vão contra a intenção do legislador. Quanto à intenção do legislador, recorreu-se à autoridade do ministro Moreira Alves, que, em voto proferido no RE 121.336/CE, defendeu a tese segundo a qual a interpretação conforme só é passível quando não altera a mens legis, caso contrário o juiz constitucional estaria agindo como legislador positivo, quando o seu limite é agir como legislador negativo.

O argumento não se sustenta. Primeiramente, Kelsen (3) já havia apontado a sua dificuldade: a existência de uma norma depende de um substrato subjetivo para existir (a vontade manifestada do legislador), mas a sua validade (o que Kelsen chama de sentido objetivo da norma), que é o que confere existência jurídica para o comando, decorre de o ato de vontade estar de acordo com uma norma hierarquicamente superior. A vontade ou intenção do legislador é apenas elemento do mundo do ser necessário para a existência do dever ser, mas não o determina. Nesse sentido, uma vez que a norma é polissêmica, o sentido a ser atribuído tem de estar conforme a norma hierar-

quicamente superior - já que Kelsen admite claramente que a norma superior pode determinar ou limitar o conteúdo valorativo da norma inferior.

É bem verdade que os limites auto-impostos da teoria de Kelsen não permitem dizer qual a interpretação correta, resultando no reconhecimento da possibilidade de escolha do juiz. Mas isso não quer dizer que seja impossível a discussão sobre a plausibilidade e a razoabilidade da escolha. Portanto, como a norma não está atrelada à vontade de quem a produziu, o intérprete pode escolher um significado que compatibilize o texto com os princípios constitucionais vigentes. Nessa situação, não se estaria a violar o princípio da separação dos poderes, pois, caso o poder legislativo fique insatisfeito com a interpretação da norma dada pelo judiciário, ele pode revogá-la. Assim, o que fica claro é que, se o juiz não é "proprietário" da interpretação da norma, também não o é o legislador.

Outra dificuldade que surge é como determinar qual é a vontade do legislador. Essa busca é reflexo da uma visão iluminista do direito, em que o legislador, provido de razão universal, seria capaz de determinar uma legislação clara, simples e dotada de completude que garantisse os direitos naturais, ao mesmo tempo em que reconhecesse as particularidades de cada sociedade. Natural, portanto, que a Escola da Exegese, assumindo uma visão liberal-iluminista do direito, visse a garantia da vontade do legislador como uma forma de impedir a insegurança jurídica e o arbítrio do juiz. O magistrado seria apenas "a boca da lei", enquanto o legislador era o único autorizado, pelo contrato social, a buscar a razão natural para afirmar os direitos naturais de maneira geral, aplicáveis a todos os cidadãos.

Entretanto, os legislativos modernos não funcionam como no ideal iluminista. A pluralidade de interesses e visões diferenciadas é característica dos parlamentos. As leis são frutos de acordos e nem sempre se busca uma razão comum. Assim, é natural que sejam aprovadas com o quorum necessário porque os diversos grupos de parlamentares vêem no mesmo texto possibilidades de aplicação em conformidade com as suas visões próprias. Então, qual seria a vontade do legislador?

Dworkin (4) também contribui para acabar com esse mito de que o juiz deve se ater à vontade do legislador: para estabelecer qual a

vontade do legislador o juiz não deveria se perguntar pelos interesses dos lobistas que influenciaram na criação da norma? E, como é o caso presente, quando a vontade do legislador é de décadas, a vontade dos novos legisladores não deve ser levada em consideração (será que eles não interpretam de maneira diferente a lei que optaram por não revogar)?

Cabe destacar que uma regra de conduta ganha o seu significado a partir do uso público dentro de um determinado contexto, em que o caso concreto é comparado com o caso paradigma previsto em abstrato pela regra. É a familiaridade entre a situação concreta e a prevista em abstrato que determina a aplicabilidade ou não da norma. Não importa o que “tinha em mente” quem criou a norma. Uma norma ou regra não deixa de ser aplicada porque o caso concreto não corresponde ao que o enunciador da regra tinha em mente, mas porque a situação concreta difere daquela prevista em abstrato. A aplicabilidade da regra a casos novos depende, portanto, de relações de familiaridade entre o caso novo e o sentido que se pode atribuir à regra no caso concreto (5).

O problema, então, não diz respeito à vontade do legislador, mas sim de saber se a norma, dentro das convenções estabelecidas pelo direito, se aplica ou não ao caso concreto (6). A questão é, portanto, de como se constrói o discurso. Afirmar que não existe uma norma que se aplique ao caso significa que o juiz estará efetivamente criando direito. Por outro lado, a afirmação pode ser que há a norma, mas ela não se aplica ao caso (ou seja, a situação concreta não está entre as possíveis situações proibidas pela norma em abstrato). Nesta segunda hipótese, o juiz estará aplicando o direito, mostrando que a norma não proíbe a conduta que ocorreu efetivamente (7).

Como se vê, o recurso à vontade do legislador é um anacronismo que não pode mais ser justificado. Mas, por que ele ganha tanta relevância no debate sobre a constitucionalidade da retirada do feto anencéfalo do ventre da gestante?

Mais do que uma visão consciente ou um retorno aos preceitos da Escola da Exegese, o recurso à vontade do legislador é um lugar-comum na argumentação jurídica, que se aproveita do senso comum teórico dos juristas (8), na medida em que estes não param para refletir no uso descontextualizado que esses tópicos ganham nos discursos

de decisão. Ao se considerar que a manutenção do recurso à vontade do legislador se mostra um mito, sua utilização pode ser percebida como um uso estereotipado (9), que tem apenas a intenção de garantir a sensação de legitimidade e razoabilidade da decisão, quando, na verdade, o que se está a fazer é imunizar o discurso jurídico da responsabilidade de ter de tomar uma decisão que "coloque em xeque" a idéia de neutralidade e que faça o aplicador ter de colocar em primeiro plano os seus próprios valores.

Ressalte-se a incoerência no que tange ao que é aceito em relação ao controle concentrado de constitucionalidade: é possível ao magistrado do Supremo Tribunal Federal declarar a inconstitucionalidade parcial de uma norma com redução de texto (ou seja, retirar do texto determinadas expressões, o que é o mesmo que participar da redação da norma), mas afirma que não pode fazer a declaração parcial de inconstitucionalidade sem redução de texto se a interpretação for contra a mens legis. Ora, poucas coisas são mais contrárias à vontade do legislador que alterar o texto que ele próprio elaborou.

Além disso, afirmar que uma determinada interpretação é contra a intenção do legislador cai no seguinte problema: houve consulta ao legislador para saber se efetivamente era aquela a sua vontade? Isso se torna ainda mais complicado quando se trata de norma com quase 70 anos, tempo de vida do atual Código Penal Brasileiro. Vale a vontade de agora ou a de 1940? E a compreensão social da norma não deve ser levada em consideração numa democracia?

Também não se vê, ao se alegar a contrariedade à vontade do legislador, uma pesquisa séria dessa vontade. Por que a anencefalia foi excluída do rol de excludentes de ilicitude (10)¹? Por que continua excluída? Como se deu e como se desenvolve o debate hoje no âmbito legislativo? Fica claro que a famigerada mens legis não passa de expressão estereotipada que visa a angariar a simpatia da comunidade jurídica a partir do seu senso comum teórico inquestionado.

Aliás, o ministro Gilmar Mendes encerra seu voto sobre a questão de ordem levantada na ADPF 54 resolvendo o problema de maneira

1. É muito interessante notar que a anencefalia não foi incluída entre as hipóteses de excludente de ilicitude porque o seu diagnóstico era, à época, muito impreciso e possível só em estágio avançado da gravidez. Cf. Bruno(10).

simples. Se é possível analisar a questão da constitucionalidade da retirada antecipada do feto anencéfalo do ventre da gestante em sede de habeas corpus (como ocorreu no caso do HC n. 84.025-6/RJ), então não há que se dizer que não é dado ao Supremo Tribunal Federal analisar a questão em sede de ADPF.

A prevalecer o argumento de que o Supremo não pode analisar a matéria unicamente porque não pode ir contra a vontade do legislador, a questão não poderia ser apreciada em momento algum, nem mesmo pela via do controle difuso, pois a decisão que entendesse estarem sendo violados direitos fundamentais da mãe também estaria indo supostamente contra a vontade do legislador. Ao procurar apoiar seu discurso num estereótipo, com a intenção de garantir a aceitabilidade da decisão em razão de um senso comum teórico compartilhado e não questionado pelos juristas, os defensores do respeito à mens legis acabam por praticar a falácia do argumento *ad populum*: buscam o apoio do público jurídico ressaltando emocionalmente a violação da separação dos poderes, sem dizer por que tal princípio estaria sendo violado, sem justificar por que a vontade do legislador é importante e sem a preocupação de uma pesquisa minuciosa dessa vontade (11)². O argumento busca apenas o apoio da comunidade dos juristas com base em lugares-comuns do direito, dando a sensação de razoabilidade da decisão.

Considerações acerca dos pressupostos teóricos

Antes de adentrar na justificativa de por que a antecipação terapêutica do parto em caso de anencefalia não caracteriza aborto, ou de por que a sua proibição é inconstitucional, algumas questões devem ser pontuadas, para uma melhor compreensão da discussão ora apresentada.

Primeiramente, não é mero eufemismo chamar a retirada do feto anencefálico do ventre da gestante de "antecipação terapêutica do parto" e não de "aborto de anencéfalo". A situação só pode ser cha-

2. Cf. Copi(11): "Podemos definir o *argumentum ad populum*... como a tentativa de ganhar a concordância popular para uma conclusão, despertando as paixões e o entusiasmo da multidão".

mada de aborto num sentido usual da palavra (retirada de qualquer feto em qualquer situação antecipadamente do ventre da mãe - assim, pode-se falar em "aborto" espontâneo). Mas, no sentido específico da técnica jurídica, o caso não é de aborto, como se verá. Assim, a denominação diferente é importante, pois diferencia de maneira clara situações distintas.

Uma segunda consideração também é necessária para pontuar a questão. O debate em torno do "aborto" de feto anencéfalo tem como característica a tentativa de definição de um conceito de vida. Em outras palavras, discutem-se duas coisas: se a definição de "vida" é aplicável ao caso da anencefalia e se, caso se admita que essa definição seja compatível com a anencefalia, qual a relação dessa vida com os demais direitos que possam se contrapor a ela.

Na primeira situação, há, indubitavelmente, uma discussão acerca do conceito de "vida": quais elementos integram a extensão semântica dessa palavra, ou seja, quais os limites do seu uso com relação ao direito. Na segunda, a discussão gira em torno da contraposição de direitos fundamentais que surge: direito à vida do anencéfalo e direitos da gestante.

Assim, primeiro será discutido como o conceito de vida é inaplicável ao caso da anencefalia. Isso será feito tendo como pano de fundo as noções da filosofia analítica da linguagem, principalmente na sua vertente da filosofia da linguagem ordinária. De acordo com esse pressuposto teórico, a linguagem é dotada naturalmente de vagueza, é imprecisa. E essa imprecisão é, muitas vezes, necessária para a própria compreensão da comunicação. Assim, os diversos usos que se pode fazer de uma mesma palavra ou expressão correspondem às diversas significações possíveis dessas palavras ou expressões. Esses usos diferentes ocorrem em jogos de linguagem diferentes, que são os contextos situacionais dependentes de formas de vida específicas que limitam as regras de significabilidade da linguagem a ser usada. Nesse sentido, os jogos de linguagem são o pano de fundo de vivências e situações que determinam as regras que limitam o uso da linguagem em um contexto situacional (5, 12, 13).

Admitida a dependência do contexto situacional, não há como se atribuir precisão à linguagem. O conjunto de situações que podem surgir na realidade é sempre maior do que a sua capacidade grama-

tical (14). Isso significa que nosso vocabulário pode ser inadequado para situações novas que surgem. Por essa razão é que algumas situações são bem representadas por determinadas expressões, outras com certeza não são representadas por essas expressões, mas pode haver situações onde existam dúvidas legítimas sobre a aplicabilidade ou não das expressões: é o que se convencionou chamar de zona cinzenta da linguagem (6, 9). Isso se explica porque as mesmas expressões são usadas em situações diferentes, ou expressões diferentes são usadas em situações semelhantes, porque essas expressões se relacionam por semelhanças de família (5, 15)³. Assim, a depender do jogo de linguagem, as semelhanças de família podem ser suficientes ou não para determinar a aplicação das expressões ao caso concreto.

No caso em análise, o que se pretende é mostrar que a anencefalia não apresenta elementos suficientes para que a expressão "vida", nas suas percepções sociais e jurídicas, seja a ela aplicável. Ou seja, as possibilidades semânticas do conceito "vida" não incluem a anencefalia, pelo menos não no que importa ao direito. O que ocorre é que não são separados usos diferentes da palavra vida, o que gera confusão na percepção do fenômeno.

Por outro lado, caso se considere que o feto anencéfalo seja vivo, o debate deixa de ter uma conotação semântica para cair num problema de conflito de princípios. Assim, a discussão passa dizer respeito ao seguinte problema: a vida do anencéfalo deve ser protegida mesmo em detrimento dos direitos fundamentais que se aplicam à gestante em razão da situação em que ela se encontra? Em outras palavras: havendo conflito entre a proteção da vida do feto anencefálico e os direitos fundamentais da gestante, qual dos dois lados deve prevalecer no caso concreto?

Admitida essa possibilidade, o que se pretende é mostrar que, a partir da condenação da metafísica operada pela filosofia do neopositivismo, os discursos morais tornam-se impossíveis. As teorias morais, na visão neopositivista, têm a pretensão de determinar as condições a

3. De acordo com Chauviré (15): "Ar de família' é um conceito que não admite uma definição traço por traço..., explicando-se em casos que se imbricam de maneiras diversas. Assim, não há qualquer conjunto de condições necessárias e suficientes para que uma atividade seja definida como jogo; teoricamente, o conceito pode ser indefinidamente estendido."

priori da valoração do mundo, de encontrar os valores necessários da realidade. Entretanto, as regras morais não têm qualquer consequência física ou lógica quando são descumpridas. O dever, em si mesmo, não tem qualquer efeito lógico ou empírico (16, 17). Ele depende da percepção do sujeito; é relativo, portanto. Assim é que diversos sujeitos seguem regras morais diferentes e cada um (ou cada grupo) acha que as suas são as necessárias. Essa situação indica que as teorias tradicionais sobre a moral só se resolvem em bases dogmáticas, não têm relação com o que é efetivamente necessário na realidade. Apenas uma linguagem descritiva é capaz de dar conta do que acontece na realidade. Uma linguagem valorativa tem apenas um caráter subjetivo e é absolutamente independente do que acontece no mundo empírico (18).

Diante disso, não se deve afirmar que os debates éticos sejam totalmente infundados, mas que são dependentes de contextos e situações vitais diferentes e, destarte, uma visão moral não pode se sobrepor à outra. Todas as percepções valorativas são dotadas de pretensão de legitimidade e devem ser respeitadas até o limite em que não impeçam a existência e a sobrevivência das demais. O relativismo moral tem como consequência a idéia de tolerância (19). Daí poder-se dizer que o pluralismo é um dado e que a única forma de lidar com ele é a partir de um regime constitucional que garanta direitos fundamentais que gerem respeito à individualidade e efetiva igualdade, com base em instituições democráticas fortes(20)⁴.

No caso da anencefalia, considerá-la como vida é uma escolha moral, já que existem outras percepções possíveis, e esta escolha precisa ser razoável e defensável publicamente para que uma decisão vinculante seja legítima para regular uma conduta em abstrato. Quer dizer: todos os interessados e possíveis destinatários da norma têm de ter seus interesses e seus pontos de vista levados em consideração (21). Ora, uma visão moral que se baseia em pressupostos dogmáticos não pode se tornar norma geral de conduta numa sociedade

4. De certa forma, neste artigo a idéia de tolerância que reconhece a inafastabilidade teórica do pluralismo é vista como consequência do fim da filosofia metafísica iniciada pelo neopositivismo. Já John Rawls (20) trata o pluralismo simplesmente como um dado empírico que não pode ser negado.

democrática. Além disso, no conflito de princípios apontado, o caso específico da anencefalia não permite dizer que o direito à vida afasta a aplicabilidade dos demais direitos que entram em conflito com ele. Nessa linha de idéias, o que se pretende demonstrar é que o caso do anencéfalo não configura vida e, mesmo que se opte por incluir essa malformação fetal no conceito de vida, essa vida não se sobrepõe aos direitos fundamentais aplicáveis à gestante.

Diante dessas constatações, as questões que surgem com relevância imediata para a discussão jurídica sobre a possibilidade de retirada do feto anencéfalo são: a) O feto anencéfalo é vivo? b) Se for considerado vivo, trata-se de mera definição técnica de vida para fins de operacionalidade científica (medicina e biologia, por exemplo) ou é vida humana percebida como tal social e juridicamente? c) Caso o anencéfalo seja percebido como vivo social e juridicamente, quer isso dizer que é vida relevante a ponto de ser protegida juridicamente (aplica-se a proteção geral à vida)? d) Admitindo-se que seja vida percebida socialmente e que mereça proteção jurídica, essa proteção se sobrepõe a todos os outros direitos que possam estar em colisão com a garantia da "vida" do anencéfalo?

Essas são as perguntas que serão analisadas a partir dos pressupostos teóricos acima expostos. As respostas mostrarão que é injustificada e inconstitucional a imposição da obrigação da gestante conduzir a gravidez de feto anencéfalo até o seu término.

Por que a antecipação terapêutica do parto é fato atípico?

Como se pode ver, a controvérsia gira em torno de se admitir o feto anencéfalo como vivo ou não. Assim cabe, neste ponto, a análise da primeira pergunta acima formulada: o feto anencéfalo é vivo?

Uma vez que há a fecundação de um óvulo por um espermatozóide, o material genético já traz em si todos os elementos necessários para o desenvolvimento de um novo ser humano. Entretanto, a idéia de um ser humano envolve mais que aparência humanóide. Diz respeito ao desenvolvimento de faculdades que o diferenciem das demais formas de vidas biológicas. A principal característica é o desenvolvimento de funções cerebrais que possibilitem sentimentos, raciocínio, comunicação, aprendizado e inter-relação em níveis mais

complexos que a das demais espécies animais. Em poucas palavras, ser humano é o ser social dotado de razão, para lembrar a definição clássica de Aristóteles. Não existindo qualquer resquício dessas características, não há por que se atribuir a qualidade de vida humana ao ser a que se refere.

Esse o caso do anencéfalo. Uma vez que não há a formação da parte superior do sistema nervoso central, o ser que se desenvolve no ventre não é ser vivo, pelo menos não vida humana. É apenas um corpo biológico com forma humanóide.

Para esclarecer este ponto, vale a pena um exercício de raciocínio. Imaginemos que o doutor Frankenstein criasse um corpo humano e conseguisse fazer com que seus diversos órgãos funcionassem por alguns minutos ou horas. Mas que ele jamais colocasse um cérebro, apenas a parte neurológica necessária para alguns estímulos elétricos e pouquíssimos atos reflexos. Poderíamos chamar este corpo de um ser humano? Certamente que não. A expressão que mais aproximaria tal criatura do conceito de humano seria algo do tipo: "Dr. Frankenstein, é impressionante como sua criação se assemelha a nós, humanos".

O exercício pode ser feito numa versão mais atualizada. Suponha-se que um geneticista ignore a proibição de manipulação genética para a criação de clones. Então ele consegue gerar um feto que pode desenvolver todas as suas funções biológicas, mas não desenvolve o córtex e as demais partes superiores do cérebro. Poderíamos dizer que o cientista agiu de maneira antiética, que cometeu algum crime, mas estaríamos dispostos a dizer que a sua criação é um ser humano? Ou diríamos que ele se aproximou perigosamente de criar um ser humano em laboratório, que ele conseguiu reproduzir as funções biológicas características dos humanos?

Ressalte-se que as pesquisas de inteligência artificial já são capazes de produzir máquinas aptas a expressar individualidade em certo grau, bem como alguns indícios de sentimentos e capacidade de aprendizado. Ainda assim não chamamos essas máquinas de humanos. Por que, então, dizer que o anencéfalo é ser vivo, quando ele na verdade é mero ser biológico com aparência humanóide? Veja-se que o caso de um robô criado a partir dos modernos sistemas de inteligência artificial está mais próximo do uso corriqueiro da palavra "vida" do que a situação do anencéfalo, por possuir e ser capaz de manifes-

tar características humanas. E, ainda assim, não chamaríamos um tal robô de "vivo" (5).

É claro que essas considerações não devem ser entendidas como se pudéssemos tratar com desprezo ou indiferença os sentimentos e os aspectos psicológicos que envolvem uma situação em que uma mãe descobre que o seu filho não tem cérebro. Servem apenas para mostrar que o anencéfalo não é ser humano vivo.

Uma vez que o anencéfalo não pode ser classificado como vivo, sua retirada do ventre materno não pode ser entendida como aborto. O fato é juridicamente atípico.

Dois usos distintos da palavra vida

Como visto, o anencéfalo não é uma vida humana, o que não quer dizer que não se deva garantir a proteção e o respeito aos sentimentos e crenças dos pais do feto. No entanto, a confusão é gerada porque é possível dizer, em razão do uso lingüístico, que o anencéfalo é biologicamente vivo. Isso significa que ele apresenta funções vitais, ou seja, que ele é um organismo biológico em atividade. Para se referir aos fatos que ocorrem dentro do ventre da mulher com relação ao feto, diz-se que ele é vivo, o que significa apenas que ele segue um ciclo biológico que pode ser objeto de descrição. Em outras palavras, o feto sofre transformações biológicas, como qualquer outro organismo vivo. O que se está a fazer, por parte daqueles que defendem a proibição da retirada do feto anencéfalo do ventre materno, é estender a aplicação desse uso da palavra "vida" para, apoiando-se no argumento de autoridade do uso científico, transportá-lo para a caracterização de vida humana. Tal raciocínio constitui a famosa falácia do non sequitur: do fato de ser uma vida biológica não se segue que seja vida humana.

A forma mais interessante em que esse raciocínio foi apresentado está no parecer do ministro aposentado do STF Néri da Silveira (22). Esclarece o autor do parecer, com base em anotações do professor de fisiologia Arthur C. Guyton e em documento do Comitê Nacional para a Bioética do Governo Italiano, que há dificuldade na caracterização da anencefalia, devido à variabilidade da malformação. Além disso, aponta que alguns dos anencéfalos que sobrevivem são capazes de movimentos de sucção, expulsão de alimento "desagradável" da

boca, levar as mãos à boca para sugar os dedos, bocejar, seguir objetos com os olhos e movimentos da cabeça (23) repete exatamente o mesmo conteúdo. Esses movimentos estão relacionados com a estrutura nervosa que os anencéfalos chegam a formar.

Além disso, Néri da Silveira (22) transcreve passagens do aludido documento do governo italiano sobre a sobrevivência do anencéfalo: "com os atuais tratamentos a sobrevivência do anencefálico é muito reduzida. São relatadas porcentagens de nascidos vivos entre 40 - 60%, enquanto depois do nascimento somente 8% sobrevivem mais de uma semana e 1% entre 1 e 3 meses. Foi relatado um único caso de sobrevivência até 14 meses e dois casos de sobrevivência de 7 a 10 meses, sem recorrer a respiração mecânica".

O ministro aposentado pretende derivar das informações acima referidas a conclusão inarredável de que o feto anencéfalo é vivo. Entretanto, as informações acima apenas indicam existência de atividade biológica ("vida" no sentido biológico, quer dizer, órgãos funcionando por um determinado período de tempo). Não quer dizer que aquele corpo seja vivo no sentido social ou jurídico da palavra. Se a medicina desenvolver uma técnica para que aquele que sofre morte cerebral tenha seus órgãos funcionando por tempo indeterminado diremos que foi descoberta a fórmula da eternidade para a vida humana? Que este indivíduo assim mantido passou a ter vida eterna? Obviamente que não.

Aliás, a ausência de atividade encefálica é exatamente o critério para a declaração de morte de um indivíduo. De acordo com a lei brasileira de transplantes de órgãos (Lei n. 9.434/97), a retirada de órgão para transplante deve ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, de acordo com critérios definidos pelo Conselho Federal de Medicina - CFM - (art. 3º). Este, por sua vez, na Resolução número 1.480/97, determina que "a morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida" (art. 3º). Com relação à certeza da morte, o art. 6º da Resolução diz que os exames complementares devem demonstrar de forma inequívoca: ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral. Ou seja, inexistindo qualquer possibilidade de retorno da atividade cerebral, o indivíduo pode ser declarado morto.

Em seu parecer, o ministro Néri da Silveira argumenta que, se é critério de morte encefálica a ausência total de atividade elétrica encefálica e como o anencéfalo chega a ter atividade elétrica subcortical, então o feto com essa malformação não pode ser considerado morto. O raciocínio também é falacioso.

Vêja-se que as características que os exames complementares (que visam a declarar a morte encefálica) devem comprovar, são uma importante precaução. Ora, no caso de morte encefálica a ser declarada por diagnóstico médico, está-se a tratar de indivíduo que já foi vivo. Ou seja, se não houver realmente a morte do encéfalo, a atividade cerebral pode retornar a qualquer momento, o que significa que o indivíduo ainda é vivo.

Tal não ocorre quanto aos anencéfalos. Como não há formação do córtex nem dos lobos cerebrais, não há risco de o feto "voltar a viver", pois vivo nunca foi. Atente-se, aliás, para o fato de que as características apontadas para a detecção de morte encefálica são alternativas (ausência de atividade elétrica ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral). Evidentemente, no caso da anencefalia, ainda que haja alguma atividade elétrica no nível subcortical, não haverá nem atividade metabólica cerebral nem perfusão sanguínea cerebral, o que seria mais que suficiente, no caso padrão, para se declarar a morte encefálica.

Não é por outra razão que o próprio CFM, na Resolução n. 1.752/04, que trata especificamente da autorização para o uso de órgão de anencéfalos para fins de transplante, diz que "os anencéfalos são natimortos cerebrais (por não possuírem os hemisférios cerebrais) que têm parada cardiorrespiratória ainda durante as primeiras horas pós-parto, quando muitos órgãos e tecidos podem ter sofrido franca hipoxemia, tornando-os inviáveis para transplantes". Acrescenta que "para os anencéfalos, por sua inviabilidade vital em decorrência da ausência de cérebro, são inaplicáveis e desnecessários os critérios de morte encefálica". Além disso, a Resolução diz que, com relação ao art. 3º da Resolução n. 1.480/97, a anencefalia é resultado de um processo irreversível e conhecido e "sem qualquer possibilidade de sobrevivência, por não possuir a parte vital do cérebro". Em resumo, o próprio CFM, responsável, por força de lei (art. 3º da Lei n. 9.434/97), pelo estabelecimento de critérios para a declaração de morte encefá-

lica, trata a anencefalia como caso de morte cerebral. Se o feto não chega a formar o cérebro, ele é morto desde sempre e, como tal, não é protegido pelo direito.

Para concluir este tópico, pode-se dizer que fazer referência ao anencéfalo como ser vivo no âmbito da medicina ou da biologia nada mais quer dizer que o feto sofre transformações orgânicas, que tem atividade biológica. Não quer isso dizer vida humana, vida propriamente dita.

O que há é um aproveitamento de usos imprecisos da palavra "vida". Esse uso impreciso obscurece as distinções que existem entre eles (vida como desenvolvimento de um organismo e vida humana). São duas situações diferentes que, por razão da imprecisão da nossa linguagem, acabam sendo confundidas (24), intencionalmente, no caso. Mais uma vez, cabe a afirmação de que o fato é atípico.

"A vida começa com a concepção"

Haveria, a princípio, uma maneira de desviar a argumentação para considerar o feto anencéfalo um ser humano no sentido próprio da palavra, mas com grave defeito: considerando que a vida humana começa com a concepção. Este argumento também não prospera e está pautado num ponto de vista estritamente dogmático. A idéia de que a vida começa com a união do espermatozóide com o óvulo não é uma unanimidade nem mesmo dentro do cristianismo (25).

Santo Agostinho se opunha veementemente ao aborto, mas admitia não saber dizer quando havia a união entre alma e corpo, requisito imprescindível para a vida. Assim, o feto poderia vir a "morrer" antes mesmo de viver. Ou seja, a vida não começava com a concepção para Santo Agostinho. Já São Jerônimo acreditava que só havia vida humana quando as "sementes" tinham se desenvolvido o suficiente no ventre da mãe a ponto de ter a forma de um ser humano completo. Também Santo Tomás de Aquino se pronunciou sobre o tema. Segundo ele, que adota a teoria das três almas de Aristóteles, bem como a relação essencial entre matéria e forma, o feto só se torna humano quando é capaz de adquirir alma racional, o que só se dá quando está completo. Antes disso não há vida humana.

A idéia cristã de que a vida começa com a concepção só se firmou

definitivamente por ato de autoridade. Não foi por discussão pública, ou por critérios de aceitabilidade ou consenso, ou por critério técnico. Foi por decreto do Papa Pio IX, em 1869. Em outras palavras, trata-se de imposição vertical feita por uma autoridade. E, assim, não tem o condão de vincular a sociedade ou os agentes estatais, mas apenas aqueles que se filiam ao catolicismo.

Além disso, não é certo que o ordenamento jurídico adotou o critério de vida a partir da concepção (e, se o tivesse feito, a legislação seria inconstitucional, por ferir as liberdades fundamentais, o princípio da autonomia, a garantia da pluralidade, a proteção das concepções da minoria e a garantia do Estado Laico, pois se trata de conceito de vida determinado por ato de autoridade religiosa).

É bem verdade que o art. 2º do Código Civil diz: "A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro". Mas a compreensão mais adequada do artigo não decorre da sua leitura imediata. O feto não pode ter interesse a ser protegido (como já discutido na introdução), muito menos o anencéfalo, nem direito subjetivo, já que ainda não possui personalidade jurídica. O que o direito põe a salvo são expectativas de direito, decorrentes de interesses de pessoas (da mãe, por exemplo), interesses esses que gravitam em torno da esperança no nascimento com êxito do ser que está sendo gestado. Em outras palavras, o Código Civil não protege propriamente os direitos do embrião, mas os possíveis direitos que surgirão do nascimento com vida. Tanto é que, se o feto não chegar a nascer com vida, não há qualquer efeito jurídico, para fins de direito civil (não existe transmissão de direitos, por exemplo). Nada ocorre se houver, por exemplo, uma expulsão não-provocada do feto.

Por outro lado, o próprio ordenamento não reconhece o feto como vivo logo após a concepção. Tanto é que não é proibido o uso de métodos anticoncepcionais como o DIU (dispositivo intra-uterino) e a chamada "pílula do dia seguinte", que são métodos que não impedem a concepção, mas sim impedem a fixação do ovo (óvulo fecundado) no útero materno. Essas situações não são subsumidas ao tipo penal do aborto.

Nesse sentido, não é verdade que o ordenamento jurídico dá como critério de vida a concepção pura e simples. A concepção apenas tem

o condão de gerar expectativas jurídicas e o que o direito procura evitar é que essas expectativas não sejam violadas arbitrariamente por terceiros. Não havendo vida no feto por ausência de cérebro, essas expectativas se esvaem por força de fato natural.

Vê-se, portanto, que a conceituação de vida como fruto imediato da concepção não decorre de critérios científicos, jurídicos ou de uma moralidade publicamente compartilhada, mas é uma tentativa de imposição de uma moralidade religiosa compartilhada apenas por um grupo, que quer ver suas crenças impostas a todos no âmbito público de atuação. Ora, essa postura é que pode ser tida por inconstitucional.

Assim, o fruto da concepção não é propriamente vida, tal como concebida pela sociedade e pelo direito, mas apenas possibilidade de vida, que, no caso da anencefalia, não se torna vida efetiva, ou seja, não se realiza. Pode até fazer sentido proteger uma provável vida, mas não há motivo para proteger uma possibilidade que se frustrou.

A “vida” do anencéfalo não é protegida pelo ordenamento jurídico

Admitindo-se, porém (por razões argumentativas), que a vida comece com a concepção e que, mesmo sem cérebro, o feto é vivo, ainda assim não há que se falar em aborto no caso de feto anencéfalo. A criminalização do aborto tipificada pelo Código Penal tem por objetivo a proteção da vida. Mas não qualquer vida, e sim o potencial da vida. Assim, uma vez identificada a anencefalia, não há potencial de vida a ser protegido, já que a sobrevida é efêmera.

Quer isto dizer: a se considerar o aborto como proibido, o que se protege é a integridade do feto no útero para que ele se torne um ser humano. Está-se a considerar a situação de normalidade, qual seja, e perspectiva de que o feto se tornará um ser vivo ou permanecerá vivo após o parto. Não é esse o caso da anencefalia. Nesta situação extraordinária, admitindo-se mesmo a vida a partir da concepção, seria possível dizer que, por motivo da malformação, o feto morreu.

Ou ainda, caso se assuma que o anencéfalo é vivo, sua inviabilidade para a vida extra-uterina, a certeza da sua morte faz com que o interesse da tutela penal se esvazie. Nesse sentido, também não há que se falar em conduta típica, pois não há bem jurídico que mereça proteção.

Fica claro, assim, que a hipótese não se refere ao aborto eugênico (aborto com o objetivo de garantir qualidade ou a pureza da raça ou simplesmente para eliminar indivíduos que não virão a apresentar capacidades ou qualidades esperadas - deficientes de uma maneira geral). O anencéfalo é um indivíduo inviável, e não simplesmente defeituoso. Não se trata, portanto, de eugenia em qualquer sentido, mas simplesmente do reconhecimento de que o feto, acometido da malformação discutida, é morto ou morrerá em brevíssimo espaço de tempo. A situação é, repita-se, de atipicidade do fato.

A inconstitucionalidade da imposição da gestação de feto anencéfalo

Como visto, até aqui não há grandes problemas para se admitir a retirada do ventre de feto anencéfalo e o único problema constitucional que surge diz respeito à delimitação do conceito de vida tal como se apresenta no caput do artigo 5º da Constituição Brasileira. Conforme demonstrado, a hipótese é de impossibilidade de subsunção do fato (retirada do feto sem cérebro do útero por médico habilitado com autorização da mãe) à norma penal (artigos 124 e 126 do Código Penal).

Há que se analisar, ainda, se uma vez que se considere que o feto é vivo (algumas funções orgânicas e atos reflexos seriam suficientes para considerá-lo vivo) e que sua vida efêmera merece proteção jurídica, se essa proteção se sobrepõe aos direitos fundamentais relativos à gestante (autonomia da vontade, integridade física e moral e direito à saúde), no caso de conflito entre esses princípios. Como se demonstrará, não é o caso. Nessa situação, apesar de, a princípio, a conduta poder ser considerada típica, a norma não pode ser aplicada à hipótese por inconstitucionalidade. Ou seja, no caso da anencefalia, a proteção à vida dos artigos 124 e 126 do Código Penal cede espaço à garantia de outros direitos que com ela entram em concorrência (21)⁵.

5. A discussão até agora levantada leva à conclusão de que, em caso de concorrência de princípios constitucionais (entre os quais não se pode estabelecer uma hierarquia), deve-se fazer uma opção entre um deles de modo que essa escolha justifique-se numa esfera pública de discussão e decisão, garantindo-se a abertura para a mudança de

Uma vez admitido que a vida começa com a concepção e que o anencéfalo é vivo durante a gestação e após o nascimento, pode-se admitir, por força dessa opção ética (e frise-se, trata-se de uma opção ética fruto de uma concepção dogmática, que se admite estender para o uso público comum apenas para a argumentação), que é uma vida merecedora do amparo jurídico. Nesse sentido, a integridade do feto anencefálico deve ser protegida pelos operadores do direito.

Mas dessa situação não decorre que a vida do anencéfalo possa ter prioridade em caso de conflito com os direitos fundamentais da mãe. A vida do feto acometido da malformação discutida e as expectativas que giram em torno dele devem ser protegidas contra terceiros, mas não contra a opção da mãe pela manutenção ou interrupção da gravidez.

Da mesma forma que o caput do art. 5º da Constituição Federal garante o direito à vida, protege também a liberdade (também no caput do mesmo artigo), o direito à autonomia (inciso II: "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei") e à integridade física, psicológica e moral (inciso III: "ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante"). Some-se a isso a proteção à dignidade humana (art. 1º, inciso III) e à saúde (artigos 6º - que elenca a saúde no rol dos direitos sociais - e 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" - grifou-se).

Com relação à violação da liberdade, o que fica claro é que, uma vez que o aborto de feto anencéfalo não é expressamente vedado pelo ordenamento e que há sérias e honestas dúvidas a respeito da criminalização desta conduta, a aplicação da norma penal fere o princípio

opiniões e percepções. Isso sem esvaziar o princípio não aplicado ao caso concreto, mas discutindo-se os limites e as consequências de sua não aceitação. Daí a necessidade de abertura democrática para as tomadas de decisão, segundo Günther: (21). Contudo, o que se está a defender é que essa escolha entre princípios a serem aplicados em um caso concreto deve levar em consideração os modos pragmáticos de se tratar situações morais. Para isso, é necessária a análise de como as situações concretas podem ser diferenciadas com relação a concepções morais mais gerais e os modos como a linguagem comum se aplica a essas situações, inclusive no que tange às suas cargas emocionais. Daí a importância que este trabalho dá à filosofia da linguagem ordinária.

da autonomia. A percepção do valor jurídico passa a ser, no caso da falta de fundamentação pública capaz de impedir a retirada do feto do ventre da mãe com autorização desta, pertencente à esfera privada, questão de escolha, portanto, âmbito em que o sujeito pode determinar suas próprias opções morais e religiosas.

Uma vez que a liberdade individual é uma garantia constitucional e que pode se opor a pretensões da comunidade, seja de uma minoria influente (como é o caso da anencefalia), seja mesmo da maioria, para que haja uma limitação é necessário que a decisão pública que vincule a todos seja justificável na sua aceitabilidade. Essa justificação pública refere-se ao fato de levar em consideração os interesses e efeitos ligados a todos os atingidos pela decisão (21). Assim, a autonomia diz respeito à esfera de autodeterminação nas questões que não tenham qualquer relação com prejuízos sérios à comunidade (questões como sexualidade, religiosidade, etc.), que são, então, pertencentes à esfera privada, e com relação às questões que têm interesse direto para a comunidade e que surtem efeitos sobre ela. Nesta última hipótese, a autonomia lida com o fato de as diversas expectativas e percepções que surgem no âmbito público terem de ser levadas em consideração. Trata-se, assim, da relação entre as liberdades negativa e positiva.

No caso da anencefalia, como não há razões públicas que justifiquem a proibição da conduta de retirada do feto, como as discussões contrárias à antecipação terapêutica do parto estão ligadas a posturas dogmáticas (posturas particulares, próprias do âmbito privado, que se pretende generalizadas com fundamento simplesmente na autoridade), a proibição fere o princípio da autonomia, aquela esfera de liberdade que tem cada indivíduo de fazer suas opções a respeito de sua vida e de suas concepções morais. Assim, pretende-se impor uma concepção dogmática de vida com base em uma interpretação singular da vontade do legislador de 1940, sem atentar para o debate social e as divergências públicas que estão em torno da questão, divergências essas legítimas.

Como se vê, não se trata apenas de dizer que a autonomia da mãe estaria sendo limitada pela proteção à vida. Não é simplesmente uma questão de gênero (o que, por si só, já é suficientemente importante), mas da própria concepção de liberdade numa sociedade democrática e plural. Por outro lado, a garantia da integridade física, psicológica e

moral é decorrência do princípio da dignidade humana. E a proibição da antecipação do parto em caso de anencefalia viola frontalmente esses direitos.

A imposição de carregar um feto absolutamente inviável, de obrigar a mãe a ver seu filho nascer morto ou de obrigá-la a ver seu filho morrer em brevíssimo espaço de tempo; forçar a mãe a suportar a dor da perda durante todo o período da gestação (pois ela já sabe, desde o diagnóstico, que o ser a que dedicou durante toda a gravidez não sobreviverá); forçá-la a suportar os riscos inerentes a uma gravidez normal mais aqueles decorrentes de uma situação de total anormalidade (como é a anencefalia) para defender nada mais que um dogma não compartilhado; obrigá-la a lembrar diuturnamente que seu filho morrerá e nada pode fazer, enquanto vê seu corpo se transformar, mudando todas as suas características para receber um filho que não tem qualquer viabilidade, tais imposições são modos de torturar a gestante com o intuito de não se abdicar de uma crença que pertence a alguns.

Se a mãe compartilha dessa crença, não há que se duvidar da nobreza e grandeza da sua coragem em levar ao fim a sua gestação. Mas se a mulher não o faz, a imposição de tal situação incorre na violência à sua integridade física, psicológica e moral; não passa de tortura. E é fácil ver que essas alegações não são exagero ou simples analogia. Veja-se o que diz o art. 1º da Lei n. 9.455/97: "Constitui crime de tortura: I) constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental [...] c) em razão de discriminação racial ou religiosa."

Ora, o elemento material do tipo é exatamente o mesmo que no caso discutido. Por motivo de percepção religiosa pretende-se que o Estado obrigue a gestante a levar adiante gravidez de feto anencéfalo, impondo-lhe suportar sofrimentos físicos, psíquicos e morais. Frise-se: por mais que se considere o feto acometido de anencefalia um ser vivo, é um ser sem qualquer viabilidade. Por outro lado, a mãe sofre as transformações do corpo (que muitas vezes são prejudiciais estética e mesmo biologicamente), está sob os riscos inerentes da gravidez (que nesse caso não são simplesmente os riscos de uma gravidez normal, como se verá adiante), é obrigada a conviver com a tristeza de ter de preparar o enterro do filho, que não sobreviverá (tristeza essa que passa a fazer parte da vida da mãe desde a 12ª semana de gestação

– momento em que a malformação é diagnosticável). Diante de todas essas situações, não há dúvida que são motivos de sofrimentos físicos e mentais absolutamente desnecessários tendo como contrapartida uma visão religiosa que não admite como importante o estado da gestante, que é completamente ignorado (a não ser o argumento vazio de que é um ato de abnegação de sua parte, o ato só é percebido assim por quem aceita essa visão, senão, é simplesmente torturante a situação, não havendo nada de honroso para quem discorda).

É exatamente a partir do reconhecimento de que a situação da gestante é um estado torturante que se pode compreender que há a violação da dignidade humana e, conseqüentemente, da integridade física, psicológica e moral da mulher grávida de feto anencéfalo. Quando se proíbe a interrupção da gestação nesses casos está-se submetendo a mulher a tratamento desumano e degradante⁶. Nesse sentido, mesmo que o anencéfalo seja considerado vivo, não há que se falar em punição pela interrupção da gravidez, pois prevalece a proteção da dignidade e da autonomia da gestante.

A proibição da interrupção da gestação de feto anencefálico também viola o direito à saúde da mãe⁷. Isso porque a gestação de feto anencéfalo traz muito mais riscos à saúde da gestante do que uma gestação normal, conforme a descrição de Andalaft Neto (1), que expõe a posição oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO.

Há uma série de problemas extraordinários que podem advir da gravidez de feto anencéfalo, bem como há a recomendação de cuidados que não são apenas os tomados em casos de gestação normal. Pois bem, ainda que esses riscos não venham a se concretizar ou que seus efeitos na gestante sejam controláveis, o fato de a mulher correr esses riscos por imposição externa já é uma violação da sua saúde psicológica.

Tenta-se minimizar a violação ao direito à saúde da mãe sob o

6. A petição inicial da ADPF 54, assinada pelo constitucionalista Luis Roberto Barroso, o voto do Ministro Carlos Britto na questão de ordem levantada no processo e o voto do Ministro Joaquim Barbosa no HC n. 84.025-6/RJ também traçam argumentação nesse sentido.

7. Também nesse sentido a inicial da ADPF 54, o voto do Ministro Carlos Britto na mesma ação e o voto do Ministro Joaquim Barbosa no HC n. 84.025-6/RJ.

argumento de que a angústia por que passa a mulher na situação em que recebe do médico o diagnóstico de anencefalia do seu filho é a mesma que em outros momentos de diagnósticos de patologias ou situações graves (22). Porém, frise-se: é a mesma angústia que aquelas advindas de outras situações ou patologias graves. Ou seja, a situação psicológica da mulher ao saber que carrega em seu ventre feto anencéfalo é considerável; e com um agravante: tal situação é solúvel, mas lhe é imposto permanecer sofrendo.

Então, além de ter sua liberdade, sua dignidade e sua integridade violadas, a gestante, em caso de anencefalia, também vê seu direito à saúde violado quando não lhe é dada a opção da antecipação terapêutica do parto. Também não cabe dizer que, no caso da anencefalia, o próprio legislador optou, conscientemente, por excluir a hipótese como excludente de ilicitude⁸, o que indicaria a vontade de submeter qualquer direito da gestante à proteção da vida do feto.

Veja-se que, no caso de estupro, mesmo o feto sendo plenamente viável e saudável, em razão da extrema violência pela qual passa a mulher, entendeu o legislador que, para que o processo gestacional não se transforme em verdadeira tortura psicológica para a gestante, é permitida a prática do aborto. Pois bem, o legislador colocou a integridade física e psicológica da mãe acima da proteção da vida do feto. Ora, se o próprio legislador entende que existe situação em que a dignidade da mulher se sobrepõe à vida de um feto plenamente viável, não há que se falar que não é possível garantir-se a dignidade e integridade física e psicológica da mãe em detrimento de uma vida efêmera, absolutamente inviável em curtíssimo espaço de tempo⁹ (obviamente, desde que se admita o anencéfalo como vivo, como já foi argumentado no presente texto).

Nesse sentido, mesmo que se considere o anencéfalo vivo e digno de proteção, não pode essa proteção se sobrepor a toda uma plêiade de direitos constitucionais garantidos à mãe, não apenas como mulher, mas como ser humano (mais uma vez ressalta-se que a questão de gênero é em si mesma importante, mas o que se discute é a

8. Confira-se, por exemplo, o voto da Ministra do Superior Tribunal de Justiça Laurita Vaz no HC n.32.159/RJ. O problema da vontade do legislador é tratado no item 1.

9. O voto do Ministro Carlos Britto (questão de ordem na ADPF 54) também vai nesse sentido.

aplicabilidade de direitos fundamentais garantidos a todo e qualquer indivíduo, e não apenas às mulheres).

Referências

1. Andalaft Neto J. Anencefalia: posição da FEBRASGO. <http://www.febrasgo.org.br/anencefalia1.html> (acesso em 18/jun/2005).
2. Perelman C, Olbrechts-Tyteca L. Tratado da Argumentação: a nova retórica. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
3. Kelsen H. Teoria pura do Direito. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
4. Dworkin R. O império do Direito. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
5. Wittgenstein L. Investigações filosóficas. São Paulo: Nova Cultural; 1999.
6. Hart HLA. O conceito de Direito. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1996.
7. Austin JL. Como hacer cosas con palabras. Barcelona: Ediciones Paidós; 1990.
8. Warat LA. O senso comum teórico dos juristas. In: _____. Mitos e Teorias na Interpretação da Lei. Rio de Janeiro: Síntese; 1979.
9. Warat LA. O Direito e sua linguagem. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor; 1995.
10. Bruno A. Crimes contra a pessoa. Rio de Janeiro: Editora Rio; 1979.
11. Copi IM. Introdução à Lógica. São Paulo: Mestre Jou; 1978.
12. Hintikka J, Hintikka MB. Uma investigação sobre Wittgenstein. Campinas: Papirus; 1994.
13. Apel K-O. Transformação da Filosofia I – filosofia analítica, semiótica, hermenêutica. São Paulo: Edições Loyola; 2000.
14. Austin JL. Sentido e percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
15. Chauviré C. Wittgenstein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1991.
16. Wittgenstein L. Tractatus logico-philosophicus. São Paulo: Edusp; 1994.
17. Wittgenstein L. Conferência sobre Ética. In: Dall'Agnol D. Ética e linguagem: uma introdução ao Tractatus de Wittgenstein. Florianópolis: UFSC/UNISINOS; 1995.
18. Carnap R. Philosophy and logical syntax. London: Kegan Paul, Trench, Trubner; 1935.
19. Kelsen H. O que é Justiça? In: _____. O que é Justiça? São Paulo: Martins Fontes; 2001.
20. Rawls J. O liberalismo político. São Paulo: Editora Ática; 2000.
21. Günther K. Un concepto normativo de coherencia para una teoría de la argumentación jurídica. Doxa 1995; 17-18: 274-302.
22. Silveira N. Néri da Silveira é contra o aborto de anencéfalos. <http://jus2.uol.com.br/pecas/texto.asp?id=602> (acesso em 20/maio/2005).

23. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
 24. Austin JL. En defensa de las excusas. In: White AR, organizador. La filosofía de la acción. México: Fondo de Cultura Económica; 1976.
 25. Dworkin R. Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
-

A ética da sabotagem da Animal Liberation Front ***The ethics of sabotage by the Animal Liberation Front***

Erick Luiz Araujo de Assumpção

Instituto Fernando Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

ericklaraujo@gmail.com

Fermin Roland Schramm

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

roland@ensp.fiocruz.br

Resumo: Este trabalho parte do caráter protetor da Ética para analisar as ações de sabotagem da Animal Liberation Front (ALF), que implica destruição de propriedade e libertação de animais não-humanos de situações de vulneração. As considerações de Engelhardt e Diamond ajudaram a contextualizá-las em um mundo moral paradoxalmente pluralista e unívoco. Singer, Regan, Derrida e Smuts, fundamentam a necessidade do reconhecimento moral de seres sencientes, suscetíveis, capazes de relacionamentos intra e inter-espécies. Esse reconhecimento é essencial para a constatação de uma possível Ética da Sabotagem, entendida como uma legítima ética prática de prevenção e libertação de situações de vulneração e combate a agentes exploradores. A análise de Engelhardt, da relação/conflito entre estranhos morais, personificados, aqui, pela ALF e os proprietários/agentes exploradores e a diferenciação feita por Schramm entre violência como forma de agressão e como forma de resistência, são pontos primordiais para concluir que essas ações são *prima facie* moralmente legítimas.

Palavras-chave: Ética Animal. Frente para a Libertação Animal. Sabotagem. Violência.

Abstract: This essay grounds itself on the protectiveness of Ethics to analyze the actions of sabotage by the Animal Liberation Front (ALF), which involve the destruction of property and the release of non-human animals from situations of vulnerability. The considerations of Engelhardt and Diamond help contextualize this in a paradoxically pluralistic and unambiguous moral world. Singer, Regan, Derrida, and Smuts promote a requirement of moral recognition of sentient and susceptible beings that are capable of participation in relationships within and between species. This recognition is essential to the establishment of an Ethics of Sabotage as a legitimate practical ethic of prevention and liberation from situations of vulnerability, and also of confrontation with agents of exploitation. Engelhardt's analysis

of the relationship/conflict between moral strangers, personified here by ALF and the property owners/agents of exploitation, as well as the distinction made by Schramm between violence as a form of aggression and violence as a form of resistance, are primordial for the conclusion that these actions are *prima facie* morally legitimate.

Key words: Animal Ethics. Animal Liberation Front. Sabotage. Violence.

Comumente, entende-se Ética como sinônimo de Moral, concebendo a última como conjunto organizado e inteligível de costumes e regras efetivamente seguidas ou que deveriam ser seguidas por uma comunidade ou sociedade em um determinado espaço e determinada época.

Essa sinonímia origina-se etimologicamente dos termos *ethos*, em grego, e sua tradução *mos*, em latim, ambos com significado de costume. Porém, originalmente, o termo *ethos* tem como significado guarida ou morada, proteção para seres vivos, apresentando, assim, uma legitimação etimológica da função protetora da ética (1).

Apesar desta sinonímia, a ética é, tecnicamente, a discussão crítica sobre a moral. Com efeito, o termo *ethikê*, posterior ao termo *ethos*, possui esse significado e a Ética será majoritariamente compreendida como a "ciência da moral" (2).

Por sua vez, a ética aplicada busca compreender as crenças morais, avaliá-las criticamente, legitimar as condutas e atuar sobre a moral de um indivíduo, uma comunidade ou uma sociedade em determinado espaço/tempo, de acordo com suas ferramentas. A ética aplicada parte de um pressuposto estrutural, constituído pela relação do tipo eu-tu, eu-outro, e reconhece as transformações cíclicas e constantes as quais ela está submetida, que oscilam entre a convivência, a conflituosidade e as tentativas de se estabelecerem acordos razoáveis.

Assim, a ética analisa, legitima e atua sobre as razões e as ações dos agentes morais (indivíduos competentes cognitivamente que podem ser responsabilizados e podem cobrar responsabilização) e as reconhecíveis conseqüências dessas ações sobre os pacientes morais (indivíduos vulneráveis e suscetíveis aos danos, aos prejuízos e às transformações delas decorrentes). Em particular, o esforço da ética

inclui reconhecer o contexto sócio-ambiental particular e sua relação com o contexto global (3) e as necessidades, características e particularidades dos envolvidos na convivência/conflito em questão, para verificar a melhor forma de atuação e, se necessário, de proteção dos envolvidos incapazes de fazer frente, sozinhos, às ameaças.

Esse caráter de proteção da ética justifica-se na medida em que se assume como válida a afirmação de que o bem moral recebe diferentes definições no interior de distintas comunidades morais. Conseqüentemente, formam-se amigos morais - os que compartilham uma mesma maneira de levar a vida, ou seja, comungam de um bem moral particular - e estranhos morais - os que não compartilham uma mesma vida correta e, comumente, divergem no reconhecimento da autoridade moral de diferentes instituições.

Segundo Engelhardt, autor desta distinção, soluções pacíficas para os conflitos entre estranhos morais se dão por meio de acordos construídos pela argumentação secular, pois "a única fonte de autoridade secular geral para essência moral é o acordo. Em outras palavras, como não existem argumentos seculares decisivos [...] a autoridade moral secular é a autoridade do consentimento" (4).

A moralidade que une os estranhos morais racionais é aquela que estabelece que ninguém pode ser arrolado em uma ação sem o seu consentimento, pois a base para consentirem é o reconhecimento dos interesses, das causas e das possíveis conseqüências envolvidas na situação para uma tomada de decisão autônoma. Especificamente, entre seres racionais a tomada de decisão autônoma consiste na capacidade de ponderar a respeito dos fatores externos (causas e conseqüências) e dos fatores internos (desejos e emoções), o que resultará em uma decisão que valorizará alguns fatores em detrimento de outros. De forma ideal, uma tomada de decisão autônoma ocorre livre de coação; contudo, ao reconhecermos as estruturas de poder, objetivamente demonstráveis na realidade, a coação torna-se um fator limitador a ser avaliado.

A contemporaneidade não se caracteriza apenas pelo intenso pluralismo moral (grande diversidade de regras morais potencializada pela aproximação geográfica das comunidades morais), apontado por Engelhardt como fator que impossibilita a existência de uma orientação geral sobre o que é certo ou errado e que possa ser compartilhada

por toda a humanidade e que torna improvável uma legítima moral canônica. Apesar desse “caos de diversidade moral e [...] cacofonia de numerosas narrativas morais concorrentes” (4), a civilização é um padrão arbitrário imposto globalmente e que não é consequência de uma evolução natural da humanidade.

Nesse trabalho, refletiremos sobre as ações da Frente de Libertação Animal (*Animal Liberation Front* - ALF, na sigla em inglês). Formada por células autônomas (independentes e com poder de decisão) e horizontais (livres de hierarquias) a ALF atua por meio de ações diretas, classificadas por seus atores e defensores como não-violentas, para resgatar animais não-humanos de situações de vulneração (laboratórios, circos, indústrias, fazendas etc.), sabotar equipamentos e gerar os maiores danos financeiros possíveis aos exploradores, visando sua saída do mercado e, conseqüentemente, dando fim a um epicentro de exploração.

O objetivo é analisar e contextualizar as ações da ALF em um mundo moralmente plural e, paradoxalmente, seguidor de uma moral civilizatória canônica excludente. Também será analisada a possibilidade de considerar a Ética da Sabotagem (que pretende legitimar as ações da ALF) como uma alternativa pertinente e justificada para a proteção e libertação dos diversos marginalizados e vulnerados da moral civilizatória canônica, humanos ou não. Para tanto, recorreremos a Diamond, que trata sobre a aurora da civilização, em *Armas, Germes e Aço* (5), e a Engelhardt que, em *Fundamentos da Bioética* (4), busca a construção de uma bioética satisfatória e legítima para o mundo contemporâneo e moralmente plural.

As considerações de Engelhardt sobre os animais não-humanos serão analisadas em paralelo às considerações de Singer, Derrida, Regan e Smuts, autores que defendem a atribuição de status moral a esses animais. Com o auxílio desses referenciais espera-se delinear como se desenham os conflitos entre a necessidade de se reconhecer as situações de vulneração em que se encontram os animais não-humanos e uma moral canônica civilizatória, essencialmente antropocêntrica, que não os reconhece como indivíduos morais.

A canônica moral civilizatória

O início da forma de organização sedentária, propiciada pelas técnicas de domesticação de plantas e animais e de armazenamento de alimentos, fomentou características específicas que, agrupadas, podemos chamar de civilização. Entre estas características está a divisão de terras em propriedades, quando grupos humanos dotados de técnica e força de defesa ocupavam e cercavam espaços para produção de alimentos. Assim como o surgimento da especialização e efetiva hierarquização social, tendo em vista que:

"... os caçadores-coletores tendem a desenvolver sociedades relativamente igualitárias, sem burocratas e sem chefes hereditários [...] Já entre os que são de estocar alimentos, uma elite política pode obter o controle da comida produzida por outros, criar taxas, livrar-se da obrigação de conseguir sua própria alimentação e dedicar-se em tempo integral às suas atividades políticas" (5).

Portanto,

"... com o surgimento de populações produtoras de alimentos, densas e sedentárias, aparecem também os chefes, reis e burocratas. Essas burocracias eram essenciais não só para governar regiões grandes e populosas, mas também para manter exércitos, enviar navios em expedições e organizar guerras de conquista" (5).

Como produto do processo de especialização do trabalho, surge o fenômeno da alienação. As especializações acarretam a fragmentação da compreensão da realidade, isto é, a percepção de partes da realidade descontextualizadas do todo, fomentando a incapacidade de síntese, contextualização e compreensão da complexidade global. Podemos entender essa incapacidade como alienação, isto é, como estranhamento e separação, pois a possibilidade de alguns não se preocuparem em produzir ou em buscar seu próprio alimento gera especialistas em tempo integral, criando efetivamente a divisão de trabalho e, também, a alienação das formas de produção.

A organização social fundada na domesticação de plantas e animais fortalece a economia em detrimento da ecologia, a racionalidade em detrimento da animalidade e o intenso domínio e exploração do restante da natureza: “[a] domesticação envolve a transformação dos animais selvagens [assim como as plantas] em algo mais útil para os seres humanos” (5). Essa relação de utilidade (relação linear de benefício na qual um ser é considerado unicamente pelos supostos benefícios que pode proporcionar a outro), iniciada por volta de 10.000 anos atrás, acarretou a objetivação da natureza, chegando ao estágio catastrófico que caracteriza a atualidade.

A partir do surgimento dessa civilização consolida-se uma norma de vida “correta”, defendida e imposta arbitrariamente a todos os envolvidos como sendo, supostamente, a única forma possível de manutenção e desenvolvimento dos seres humanos. Historicamente, o sudoeste da Ásia, ou Crescente Fértil, foi o ponto inicial da domesticação extensiva e de suas conseqüências. A partir dele, esse modo de vida se espalhou globalmente por meio de sua incorporação por grupos caçadores-coletores ou da “substituição em massa da população humana” (5). Ou seja, por intermédio do extermínio ou desalojo dos grupos humanos anteriores pelos grupos invasores.

Esses aspectos que moldam a civilização como tal seguem mudando suas formas desde a agricultura, pela mecanização, a industrialização e o desenvolvimento da biotecnociência. Porém, podemos enquadrá-los como instrumentos de manutenção do poder, que se materializam historicamente em diferentes tecnologias, habilidades ou posses, como as armas, os cavalos e os germes dos europeus invasores das Américas - que resultaram no aniquilamento da população Inca - ou a capacidade de expansão cultural e econômica através de grandes corporações dos Estados Unidos, que resultou no domínio de economias mais simples, como a mexicana, induzindo diversos seres humanos à condição de semi-escravos.

Com o início da domesticação consciente de plantas e animais, e da hierarquização social, seres humanos e não humanos são transformados em meros meios pelos detentores do poder, tornando-se, portanto, um tema de crítica dos costumes. Kant, por exemplo, aborda este tema em *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, mas restringe a objeção a esta transformação em meros meios apenas quan-

do aplicada a seres racionais. Para fazer referência aos animais não-humanos e plantas, assim como ao restante da natureza, Kant utiliza o termo coisa (6).

Assim sendo, o padrão dessa civilização se estabelece em uma equação opressor-oprimido, impulsionado por uma dinâmica hierárquica de poder que circula e se faz presente nas relações ser humano/animais não humanos, países desenvolvidos/subdesenvolvidos, homem/mulher, ricos/pobres, etc.

Conseqüentemente, a afirmação de Engelhardt, de que o vigente pluralismo moral impossibilitaria a existência de uma moral canônica, se mostra insuficiente, pois a partir das características do desenvolvimento da civilização verificamos a existência de uma moral canônica civilizatória. Moral que, globalmente, é amparada em sistemas de organização política abertamente autoritário (como os totalitarismos) ou em democracias baseadas (de acordo com Agamben) em um permanente Estado de Exceção, entendido como a suspensão dos direitos dos cidadãos e a assunção de plenos poderes pelos chefes de Estado, onde o estabelecimento da equação biopoder/poder soberano, isto é, a integração entre o exercício de gerenciamento da vida e o poder de escolher a vida que merece ser vivida ou não, passam a ser atributos dos soberanos/chefes de Estado (7).

Nessas pseudo-democracias há o desenvolvimento de diversas comunidades morais, algumas até opositoras desse sistema social. Contudo, a partir do nascimento de efetivo confronto direto com essa forma de civilização (como é o caso das ações da ALF), diversos instrumentos e aparatos de repressão e punição são colocados em prática, através de instituições construídas socialmente com a finalidade de manter a ordem e a moralidade vigentes, contradizendo diretamente os assim denominados pilares dessa civilização: a liberdade e a cultura dos direitos humanos.

Logo, quando olharmos com atenção, percebemos que por trás das alegorias de liberdade, bem estar e segurança, divulgadas como possibilidades derivadas da civilização, há uma tirania, que é dinâmica e multidirecional. Uma tirania que atua sobre os marginalizados dessa civilização, sejam eles animais não-humanos, índios ou pobres; todos reduzidos ao seu status de vida nua ou *zoe* (8).

A ética da sabotagem

Esse panorama nos leva a outra face da expressão que dá título a esse trabalho. A palavra sabotagem, que é originária do termo francês *sabot*, um tamanco de madeira utilizado por trabalhadores industriais franceses que - em uma tentativa de combater as formas injustas de trabalho e a ampla mecanização das fábricas - os jogavam dentro das máquinas para danificá-las.

A "ética da sabotagem" se constitui como ética prática de prevenção, proteção e intervenção, cuja finalidade é a libertação de pacientes morais em situações de vulneração, através do combate aos agentes exploradores e vulneradores; sendo, portanto, um meio para superar a condição de vítimas em situações de opressão e de vulneração, situação em que indivíduos recorrem à ação direta constituída pela sabotagem.

Diversos movimentos durante a história se utilizaram dessa ética para justificar suas ações: o movimento antinazista que libertava prisioneiros de guerra e destruía equipamentos utilizados para tortura e morte; o movimento de escravos em quilombos no Brasil que atacavam fazendas para libertar outros escravos e fomentavam, dessa maneira, o fim da escravidão. Esses movimentos atacavam indiretamente morais particulares ao combater práticas denominadas e defendidas como corretas e boas pelos membros dessas comunidades morais, mas que arbitrariamente subjugavam outros seres humanos, que não as consideravam corretas.

Os indivíduos que se encontravam nessas situações de vulneração possuíam atributos como a razão e a linguagem simbólica, que eram valorizados pela moral canônica civilizatória; apesar disso, as comunidades morais detentoras das formas de poder (sejam tecnologias, habilidades ou posses) por meio de justificações tendenciosas e internas em sua comunidade, arbitrariamente subjugavam esses indivíduos pelas suas diferenças, expondo-os, assim, à exploração e ao domínio, supostamente justificados. A partir desses atributos canônicos da razão e da linguagem simbólica, esses indivíduos podiam expressar sua insatisfação ou (tratando-se de indivíduos da mesma espécie daqueles que se solidarizavam com eles) sua insatisfação era percebida e reconhecida por intermédio da simpatia humana (o reco-

nhecimento prático e subtraído de “explicações científicas” da humanidade do outro).

A seguir um breve histórico da ALF é traçado, com o objetivo de compreender sua forma de atuação.

A Animal Liberation Front (ALF)

A história da ALF remete ao movimento contra a caça na Inglaterra no século 19 chamado Bands of Mercy, nome resgatado em 1972 por membros do Hunt Saboteurs Association (HSA), grupo que utilizava diversas estratégias para atrapalhar e desestruturar atividades de caça, como bombas de fumaça. Ao buscar formas mais efetivas de impedir a caça, os antigos membros da HSA incluíram estratégias de destruição de propriedades privadas. Logo o grupo passou a sabotar laboratórios de vivissecção e resgatar animais não-humanos das situações de vulneração. Em uma dessas ações dois membros foram presos. Após cumprir um terço da pena de três anos, um deles, Ronnie Lee, deu início ao grupo chamado Animal Liberation Front, a ALF (9).

Espalhada por diversos países, inclusive no Brasil, a ALF é uma entidade de livre associação formada por células - anônimas, autônomas e horizontais - de pessoas vegetarianas ou, preferencialmente, veganas, já que o veganismo é a tentativa de se abster de quaisquer objetos ou práticas derivados de exploração animal. Para caracterizar-se efetivamente como uma ação da ALF é necessário o respeito das seguintes orientações:

“1) Libertar animais de locais de abuso; ou seja, laboratórios, fazendas de abate, fazendas de peles, etc. e colocá-los em bons lares onde eles possam viver suas vidas naturais, livres de sofrimento. 2) Infligir danos econômicos àqueles que lucram com a miséria e exploração dos animais. 3) Revelar os horrores e atrocidades cometidas contra animais atrás de portas fechadas, pela realização de ações diretas não-violentas e libertações. 4) Tomar todas as precauções necessárias para não prejudicar qualquer animal, humano e não-humano. 5) Analisar as ramificações de toda ação proposta, e nunca aplicar generalizações quando informações específicas estão disponíveis” (10).

Diretamente influenciada por pensadores ativistas como Henry Thoreau, Mahatma Gandhi e Martin Luther King, pelos movimentos ambientalistas da década de 1960 e pelas reflexões anarquistas, a ALF afirma ser parte de um movimento não-violento contra a estrutura opressora vigente. Defende que a destruição de propriedades e a sabotagem não são propriamente atos de violência. Contudo, tendo em conta a complexidade do conflito entre o movimento de Libertação Animal (especificamente a ALF) e os seguidores da moral canônica civilizatória (encarnados aqui pelos exploradores dos animais não-humanos), essa afirmação sobre o caráter não-violento das ações da ALF é alvo de objeções, a ponto da ALF ser caracterizada como um grupo terrorista (11). Tendo em vista tamanha discrepância, a questão da violência merece ser analisada mais profundamente.

As ações da ALF são violentas?

A questão da violência (ato coercivo externo) surge como objeto legítimo de análise da bioética, pois trata-se de uma ação humana com possíveis conseqüências no mundo vital, podendo ser julgada de forma negativa ou positiva, como injusta ou justa, dependendo de sua configuração: como um exercício de poder sobre os outros ou como uma forma de resistência a este mesmo poder (12). Assim, a preocupação em não ferir qualquer animal humano e não-humano é condição suficiente para os ativistas e defensores da ALF caracterizar as suas ações como "não-violentas".

A destruição de propriedades e a sabotagem não teriam efeitos negativos significativos sobre os seres humanos e o mundo vital, tendo em vista que não seriam "ameaças que podem afetá-los ou até transformá-los de forma substantiva, isto é, no sentido de que podem prejudicar de maneira irreversível sua existência" (1). Máquinas, janelas e celas são entes inanimados; conseqüentemente, não são propriamente vulneráveis, embora sejam de fato "quebráveis", tornando-se inutilizáveis em sua função de vulneração dos pacientes morais aqui em pauta. Sendo assim, a destruição de propriedades e a sabotagem não seriam atitudes propriamente violentas visto que se referem a coisas e aparelhos, não a seres vivos.

Um ponto importante, talvez essencial, nessa controvérsia, se re-

fere a como comunidades e indivíduos morais envolvidos nesse tipo de conflito conceituam e contextualizam a propriedade privada, considerando-a algo não inerente à humanidade, à sua evolução natural. De fato, a propriedade surge historicamente junto com a sedentarização, tornando-se uma das características da civilização e um "bem" para a moral canônica civilizatória. Portanto, este bem, constituído pela propriedade, não é algo livre de julgamento moral.

Influenciada pelo pensamento anarquista, a ALF encara a propriedade privada como um instrumento de poder e manutenção do status quo: "um dos pontos fundamentais do anarquismo é a abolição do monopólio da terra, das matérias-primas e dos instrumentos de trabalho" (13). É com a instituição da propriedade que se estabelece a dicotomia entre os que têm e os que não têm: "Boa parte da história humana é constituída de conflitos desiguais entre os que têm e os que não têm: entre os povos que dominavam a agricultura e aqueles que não dominavam" (5), entre aqueles que são donos dos meios de produção e aqueles que não possuem esses meios. De fato, a propriedade privada é poder, pois ela possibilita o domínio de uns seres sobre os outros, o extermínio de uns pelos outros, como as armas, os germes e o aço possibilitaram.

Encarando a propriedade como poder, podemos fazer um paralelo com a própria violência, como bem indica o termo alemão *Gewalt*, que pode significar tanto violência como poder (12).

A relação entre propriedade, poder e violência se torna mais evidente quando analisarmos a posição dos animais não-humanos nesse conflito, pois, encarados como propriedade privada, os animais não-humanos tornam-se objetos: suas características de seres vivos e dinâmicos são substituídas pelo valor de seu uso. Em outros termos, tornam-se propriedades, pois fazem parte do grupo dos que "não têm", uma vez que não possuem a racionalidade humana.

O pressuposto questionável é se a racionalidade seria atributo suficiente para os seres humanos civilizados tornarem, com legitimidade moral, os animais não-humanos como propriedade. E, por conseguinte, conferindo plenos poderes aos primeiros para usar e abusar dos últimos. Essa perspectiva pode ser considerada moralmente arbitrária e embasa-se em conclusões como a de Engelhardt, para quem "os animais não são autoconscientes nem capazes de colocar-se sob a

lei moral" e, portanto, são "coisas para ser usadas" (4).

Parte-se, assim, de uma suposta deficiência cognitiva e de uma extensão e aplicação arbitrárias de um conceito (lei moral) compartilhado apenas por parte da humanidade, para desconsiderar os animais não-humanos como pacientes morais; merecedores, portanto, de respeito e proteção. Entretanto, privar da liberdade, infligir dor, desmembrar e matar animais não-humanos são encaradas como atitudes legítimas, devido ao status de objeto e propriedade atribuído a esses animais. Considerando essas atitudes e a violência como "uma ação coercitiva externa contra um movimento natural, uma inclinação espontânea ou uma vontade pessoal diversa" (12), entendemos melhor como funciona essa relação propriedade/poder/violência e a arbitrariedade de argumentos centralizados em características e conceitos específicos de parcela da humanidade que supostamente legitimariam a tirania humana sobre os animais não-humanos.

De fato, Engelhardt conceitua a posse e a propriedade como uma extensão legítima da pessoa humana, uma fantasmagoria que projeta o proprietário no objeto. Assim, o autor pode afirmar que qualquer ação que resulte em dano a essa propriedade é um dano a essa pessoa; logo, seria uma ação violenta. Mas, ao considerar posse e propriedade como sinônimos, Engelhardt ignora o contexto civilizado despótico, pois parece legitimar, por meio da propriedade privada, a exploração do trabalho alheio, a usurpação da produção coletiva pelos donos dos meios de produção, assim como o poder tirânico sobre outros indivíduos reconhecíveis moralmente, como os animais não-humanos.

Entretanto, a posse pode ser legitimada moralmente se for, a princípio, igual para todos os humanos, e desde que ela não prive outros das suas necessidades e dos meios para a sobrevivência. Ou seja, desde que não seja fruto de tirania nem meio de exploração do trabalho alheio ou meio de vulneração de indivíduos reconhecidos moralmente.

Engelhardt afirma que em uma relação tolerante entre estranhos morais o uso da força não consentida (ou violência) é moralmente condenável e que os estranhos morais podem recorrer apenas a argumentos, esperando, com isso, uma conversão dos conflitantes em amigos morais. Contudo, o esforço de respeito ao pluralismo moral, quando não tratado criticamente (por exemplo, excluindo a priori da consideração moral animais não-humanos) pode possibilitar a manutenção da

exploração. Neste caso, a espera por uma conversão moral se arrasta à custa de danos e mortes de diversos indivíduos não-humanos. Assim sendo, as ações da ALF, apoiadas naquilo que denominamos Ética da Sabotagem, representam uma alternativa moralmente legítima a essa espera, uma forma de resistência ativa à vulneração dos animais não-humanos. Em suma, mesmo encarando as ações da ALF como ações violentas *prima facie*, ao contextualizá-las na lógica opressor-oprimido (ou agressor/resistente), podem também não sê-lo, desde que essas ações não causem danos físicos aos humanos envolvidos e que se possa constatar que elas buscam a libertação de indivíduos oprimidos. Portanto, as ações da ALF seriam " a saída da violência e a rejeição do exercício do poder violento [...] admitindo formas de resistência que podem, inclusive, usar métodos violentos, que eventualmente estariam justificados (por exemplo, por razões de 'justiça')" (12).

Ao analisar tanto os meios (sabotagem e destruição de propriedade) como os fins (libertação de indivíduos em situação de opressão e vulneração) pode-se afirmar que essas ações e esses fins são *prima facie* moralmente legítimos. Contudo, alguns autores consideram essa análise dependente do reconhecimento moral dos animais não-humanos e argumentam que esses seres não são considerados indivíduos morais ou são meramente protegidos por uma "moralidade de beneficência" (4). Isso possibilitaria legitimar ações humanas irreversivelmente prejudiciais a esses animais não-humanos a partir de um cálculo de bens tendencioso e centrado em argumentos baseados numa suposta prioridade lexical dos interesses humanos.

Este é o caso dos exemplos, citados em *Fundamentos da Bioética*. Segundo o autor, se um caçador decidir que o prazer da caça é um bem maior do que a vida do animal não-humano ou, ainda, se um indivíduo cria um animal para abate, pois considera o prazer de comer carne como um bem maior que a vida do animal, ambas as práticas seriam atividades moralmente legítimas devido a esse cálculo de bens, no qual o bem humano seria sempre prioritário. Portanto, essa "moralidade de beneficência" torna-se um mero adorno conceitual para atividades arbitrárias e tirânicas que negam o caráter de indivíduo dos animais não-humanos. Sendo assim, é necessária uma reflexão sobre a possibilidade de classificar os animais não-humanos como sendo indivíduos morais.

O status moral dos indivíduos não-humanos

Na Modernidade "o indivíduo se torna um autentico sujeito moral, titular de direitos e deveres correspondentes, e capaz de querer o Bem voluntária e racionalmente" (12). Mas ampara-se também no fortalecimento da racionalidade em detrimento da animalidade, no domínio de parcela da humanidade sobre o restante da natureza por meio da razão.

O critério da razão torna-se, assim, base conceitual secular legítima para o progresso infinito através da tecnociência e, posteriormente, da biotecnociência, gerando a exploração intensiva dos ecossistemas e a vulneração dos animais não-humanos. De fato, esses seres são entendidos, a partir de Descartes, como autômatos: entes governados por princípios mecânicos e desprovidos de racionalidade e alma. Essa conceituação embasa e valida, de maneira mais efetiva, uma práxis exploratória iniciada historicamente na aurora da civilização, com a domesticação dos animais não-humanos na época da sedentarização.

O sentido de indivíduo utilizado aqui é de "indivisível" e "único": "o indivíduo é um nó indissociável de relações entre elementos múltiplos que tendem a conservar a integridade de seu ser" (14). Esse conceito biológico amplo de indivíduo nos permite incluir a biosfera e, de maneira mais geral, o próprio planeta, entendido como Gaia - um sistema fisiológico auto-regulador (15). Ele oferece um ponto de partida pertinente para analisarmos as características e as necessidades específicas dos animais não-humanos, para assim consolidarmos uma forma de relacionamento eticamente significativa.

Assim como quando entramos, hipoteticamente, em contato com um indivíduo humano que não fala a nossa língua, buscamos o entendimento por meio de outras formas de comunicação, o reconhecimento das necessidades particulares dos animais não-humanos parte de um esforço dos indivíduos humanos em descentralizar-se de suas características e de seu antropocentrismo, de valorizações arbitrárias, para então considerar o outro em suas características, necessidades e contextos específicos. Portanto, um relacionamento que considere as semelhanças, analise os contextos e reconheça cada animal (humano ou não) como um fim em si mesmo. De fato, todos os animais

são "entidades independentes da descrição que fazemos delas" (16). Vários autores elaboraram argumentos defendendo que os animais não-humanos são seres em si (indivíduos) e membros legítimos do campo de análise e proteção da bioética.

Peter Singer, por exemplo, estabelece que

"[A] capacidade de sofrer e de sentir prazer é um pré-requisito para se ter algum interesse [e seria] um contra-senso afirmar que não é do interesse de uma pedra ser chutada na estrada por um menino de escola. Uma pedra não tem interesses porque não sofre. Nada que lhe possamos fazer fará qualquer diferença para o seu bem estar. A capacidade de sofrer e de sentir prazer, entretanto, não é apenas necessária, mas também suficiente para que possamos assegurar que um ser possui interesses - no mínimo o interesse de não sofrer. Um camundongo, por exemplo, tem interesse em não ser chutado na estrada, pois, se isso acontecer, sofrerá" (17).

Essa capacidade de sofrer e sentir prazer - característica compartilhada com os seres humanos - faz dos animais não-humanos seres sencientes e constitui condição suficiente para considerá-los destinatários de consideração moral; conseqüentemente, mercedores de respeito. Contudo, com o objetivo de ampliar o alcance de nossa argumentação, aprofundaremos a análise.

Para tanto, é necessário considerar que os animais não-humanos que vivem em contextos "justos", isto é, animais não vulnerados por instrumentos e nem oprimidos por celas, mas compartilhando um ambiente adequado as suas necessidades ou, de maneira ideal, vivendo em seu habitat natural, são livres para fugir do que lhes causa dor. Devemos considerar também que eles possuem uma existência independente da dos seres humanos, o que pode ser entendido, numa aproximação entre os conceitos de autonomia e liberdade, que eles são o motor das suas próprias ações no espaço. A partir desses dois pressupostos pode-se afirmar que, além de seres que possuem interesses, os animais não-humanos são seres dotados de "autonomia". Certamente em um sentido diferente daquele proposto por Kant, pois se trata de uma autonomia *sui generis*, compreendida como capaci-

dade de movimentação, de organização e da busca por sobrevivência. Com isso, os animais não-humanos se tornam seres que pertencem a si mesmos (independentemente de sabê-lo ou não) e os abusos cometidos contra esses animais, utilizados como meios para fins humanos, tornam-se eticamente questionáveis e, portanto, combatíveis.

Entretanto, defende-se comumente que os animais criados artificialmente, com fins específicos já estipulados (tais como em inseminações artificiais para pesquisas científicas ou abate para produção de carne ou utensílios) não seriam seres em si. Contudo, podemos lembrar – como faz Derrida - que há um esforço

“[...] para se dissimular essa crueldade [e] organizar em escala mundial o esquecimento ou desconhecimento dessa violência que alguns poderiam comparar aos piores genocídios [...] O aniquilamento das espécies, de fato, estaria em marcha, porém passaria pela organização e a exploração de uma sobrevida artificial, infernal, virtualmente interminável, [...] fora de todas as normas supostas da vida própria aos animais assim exterminados na sua sobrevivência ou na sua superpopulação mesmo” (18).

E o autor acrescenta:

“Como se, por exemplo, em lugar de jogar um povo nos fornos crematórios e nas câmaras de gás, os médicos ou os geneticistas (por exemplo, nazistas) tivessem decidido organizar por inseminação artificial a superprodução e supergeração de judeus, de ciganos e de homossexuais que, cada vez mais numerosos e mais nutridos, tivessem sido destinados, em um número sempre crescente, ao mesmo inferno, o da experimentação genética imposta, o da exterminação pelo gás ou pelo fogo. Nos mesmos abatedouros” (18).

De fato, esses seres criados para atender às demandas humanas são seres suscetíveis, que podem ter a existência afetada pelas ações humanas e suas conseqüências, tornando-se, portanto, vulnerados. Criados, multiplicados e explorados em uma sobrevida artificial, se-

gundo Derrida, a própria criação desses animais acaba por se tornar um prejuízo para eles. Ou, de acordo com Singer, sua criação é algo contra seus interesses, pois a extensão ou não de suas vidas relaciona-se com sua utilidade para os animais humanos, estando o valor de suas vidas sujeito a um permanente processo de redefinição. Bezerros, por exemplos, podem virar bois se apresentarem características valorizadas pelo mercado da agropecuária ou podem ser mortos rapidamente para virarem carne de vitela.

Mas esses animais não-humanos, criados para determinados fins humanos, são pacientes morais em situação de vulneração, logo, são merecedores de proteção. Não reconhecê-los como tais e, conseqüentemente, não agir para por fim a essa situação, seria como assumir uma atitude condescendente para com a tirania e contrária ao esforço da ética. Pois o não atuar contra, de fato, é um agir a favor, é uma legitimação da moral antropocêntrica vigente.

Derrida, ao fazer um paralelo entre o genocídio de seres humanos subjugados arbitrariamente por morais particulares e o extermínio de animais não-humanos, nos permite enfatizar a moralidade das ações de indivíduos e grupos que buscaram e buscam o fim dessas arbitrariedades e tiranias através do que chamamos aqui de Ética da Sabotagem, como o movimento antinazista e a ALF. Embora a analogia entre esses dois tipos de prática possa parecer, intuitivamente, questionável, os campos de concentração, os laboratórios de vivisseção e as fazendas de abate instituem-se sobre o "assujeitamento" da vida, isto é, sobre uma vida sem sujeito, a vida de um organismo desprovido de consideração e representatividade moral efetiva, humana ou não-humana, pois essa última também é constituída por sujeitos de uma vida, que têm, portanto, interesses legítimos.

Tom Regan, por exemplo, considera os animais não-humanos como "sujeitos de uma vida". Sua afirmação está fundada na capacidade cognitiva dos animais não-humanos que lhes confere uma consciência do mundo e da sua própria vida. Além dessa capacidade, o fato desses seres podem ser vulnerados os coloca em uma relação de sujeito/agente e sujeito/paciente das ações, tornando-os destinatários do reconhecimento moral (19).

Indo um pouco além de senciência, autonomia e capacidade cognitiva, a psicóloga e antropóloga Bárbara Smuts, em seu comentário

sobre o texto *A Vida dos Animais* de J.M. Coetzee (2002), relata sua experiência de convivência com diversos animais não-humanos. Nesse relato, Smuts os considera como pessoas, argumentando que:

"... [o] termo pessoa é usado de duas maneiras: primeiro como sinônimo de humano, e, segundo, para se referir a um tipo de interação ou relacionamento com algum grau de intimidade entre atores que são individualmente conhecidos um do outro, como numa relação pessoal. [Aqui] uso a palavra no segundo sentido, para me referir a qualquer animal, humano ou não-humano, que tenha a capacidade de participar de relações pessoais, com um outro, com humanos, ou com ambos" (20).

Esse argumento corrobora a ênfase no relacionamento (segundo a estrutura eu-outro ou eu-tu) para a consolidação de uma preocupação ética para com pessoas, humanas ou não. Neste sentido, um cardume, uma manada de bois, um bando de pássaros, um formigueiro ou uma colméia podem ser considerados tipos de relacionamento intersubjetivos. Estruturas de relacionamentos próprias, distintas, dinâmicas e - ousaríamos dizer - "dialógicas" em que cada indivíduo é um todo, assim como é uma parte do todo, como a própria estrutura é uma totalidade e uma parte de outra totalidade que a contém.

O argumento de Smuts nos permite, portanto, refutar a caracterização de pessoa centrada na mera racionalidade, pois a capacidade de relacionamento intra e inter-espécies é dependente da subjetividade. Além de dependente de uma forma de comunicação diferente da linguagem verbal humana. De fato, a centralidade na razão pode ser vista como "a causa de falsificarmos o testemunho dos sentidos" (21) e, por conseguinte, causa da negação da animalidade humana e da individualidade animal. Esse relacionamento e, conseqüentemente, o reconhecimento das necessidades e particularidades desses seres, demanda uma articulação criteriosa e horizontal entre o entendimento e o sentimento, não hierarquizada a priori, superando a polarização da compreensão da realidade entre a lógica e as emoções. Exige uma compreensão complexa e dialógica pertinente com a realidade global, também complexa e "dialógica". O que depende, em última instância, de uma ruptura com o paradigma racionalista civilizatório.

Rechaçar as características e particularidades dos animais não-humanos, que são demonstráveis objetivamente por meio tanto de raciocínio como da sensibilidade, é negar a existência de "um mundo objetivo que não foi construído por nós e que é em grande parte o mesmo para todos nós" (16). Portanto, é legitimar a criação de uma realidade domesticada; ou seja, a transformação de fatos objetivos e demonstráveis de acordo com a utilidade para certo grupo específico. Em realidade, esta transformação - ou falseamento - dos fatos consolida-se como instrumento de manutenção do status quo, pois, estabelece-se como defesa de interesses individuais e/ou de grupos específicos e/ou de espécies específicas, em detrimento dos demais, posição conhecida como "especismo" (*speciesism*) (22).

O pertencimento das especificidades dos animais não-humanos a um mundo objetivo; isto é, a uma realidade prática compartilhada globalmente, é necessário para reconhecê-los como indivíduos morais e, também, suficiente como justificativa legítima para as ações da ALF. Contudo, essa afirmação pode ser alvo de objeções, no sentido de que o reconhecimento dos animais não-humanos como indivíduos morais seria uma escolha moral particular e polêmica; e justificar ações - como as da ALF - a imposição de uma forma de Bem - ou forma correta de vida - sobre outras.

Agora, levando em consideração a vida, não só em sociedade ou em uma civilização, mas globalmente, e considerando o caráter sistêmico da Terra, constituem-se conflitos de interesses e - seguindo aqui Engelhardt - o consentimento de indivíduos para serem usados consolida-se como a base para uma convivência na qual esses não sejam prejudicados arbitrariamente. Sendo assim, em uma situação equilibrada e ideal entre indivíduos - se esses concordarem mutuamente que a melhor maneira de resolver seus problemas é através de uma disputa até a morte com armas brancas - secularmente nada poderia ser feito para impedir essa ação.

Mas essa forma de resolução ideal de conflitos esbarra na realidade civilizatória de opressores/oprimidos. Portanto, para uma decisão satisfatória e um consentimento legítimo baseado em uma escolha autônoma, os oprimidos necessitam se reconhecer como tais, reconhecer os opressores, os interesses em jogo e, após isso, verificar formas de atuação possíveis. Nesse âmbito de realidade desigual de

opressores/oprimidos, o caráter de proteção da ética é imprescindível, urgente e anterior a possíveis soluções por via de acordos. Em suma, neste caso, o consentimento é necessário, mas não suficiente.

Os animais não-humanos - até onde sabemos - não assinam consentimentos livres e esclarecidos. Porém, possuem diversas necessidades e particularidades constatáveis; entre elas, a capacidade de serem afetados, transformados e prejudicados por ações humanas. Em *Fundamentos da Bioética* nos é apresentada a derrocada do esforço, empreendido na Modernidade, de canonização da moral por meio de uma racionalidade universal: "O fracasso do moderno projeto filosófico" - afirma Engelhardt - "em descobrir uma moralidade canônica essencial constitui a catástrofe fundamental da cultura secular contemporânea e enquadra o contexto da bioética hoje" (4). Conseqüentemente, "o argumento racional não silencia as controvérsias morais quando o indivíduo encontra estranhos morais, pessoas de diferentes visões morais" (4).

Entretanto, mesmo aceitando *prima facie* esta falência do projeto universalista da Modernidade, deve-se ressaltar que o autor baseia sua argumentação em seu conceito de pessoa - peça fundamental de sua teoria - entendida como sinônimo de agente moral. Neste sentido, apenas um indivíduo detentor de características como "a autoconsciência, a racionalidade, o sentido moral e a liberdade" poderia ser entendido como um fim em si mesmo e, portanto, ser protegido contra a sua utilização arbitrária, pois essas características "identificam as entidades capazes de discurso moral" (4), logo, capazes de consentir. Sendo assim, a capacidade de discurso moral torna-se o limiar arbitrário para o reconhecimento de seres como indivíduos com um fim em si mesmos, já que nega esse reconhecimento a outros seres individuais, como os animais não-humanos, tornando-os expostos e dependentes do discurso da moral canônica civilizatória. Assim como a propriedade privada, as armas, os germes e o aço, o discurso torna-se justificativa de poder.

Aqui surgem alguns questionamentos. Por exemplo, além de todas as considerações feitas anteriormente a respeito das particularidades dos animais não-humanos, possuir liberdade prática de ser motor da própria ação no espaço não os torna seres, em princípio, livres? Se a resposta for não, então a liberdade depende da capacidade de tradu-

zi-la em linguagem simbólica e torná-la discurso?

Em uma relação entre estranhos morais ou - nesse caso - entre espécies diferentes, amparar decisões em particularidades próprias e negligenciar as particularidades dos outros envolvidos nessa relação é arbitrário e contrário ao esforço da ética, a qual é, por definição, um lugar de conflituosidade real e de tentativas para encontrar convergências resolutivas desta conflituosidade (23). Portanto, o consentimento estruturado em critérios como a razão e o discurso pode servir de base para relações nas quais os envolvidos possuem as características que justifiquem esses critérios. Porém, não possuí-las não significa necessariamente não ser suscetível às ações de outros e às consequências negativas destas (como é o caso do sofrimento evitável) que podem ser - e aqui defendemos que são - características pertinentes para avaliar a moralidade de um ato de um agente moral humano sobre um paciente moral não-humano.

Conclusões

A Ética da Sabotagem é apresentada neste trabalho por meio das ações da ALF. Essa última, ao libertar da condição de vulneração animais não-humanos, sabotar e destruir propriedades privadas reconhecidas como centros ou instrumentos dessa vulneração, é alvo de objeções no sentido de que a suposta violência empreendida por elas nas ações seria injustificada. Contudo, tal objeção parte do pressuposto de uma moral particular que entende a propriedade como extensão do ser, inclusive no sentido de propriedade de outros seres não necessariamente consencientes.

Essa moral é considerada aqui como sendo aquela de uma moral canônica civilizatória, paradoxalmente ignorada e fomentada por Engelhardt, já que este autor impossibilita a existência de uma moral canônica - substituída pelo pluralismo moral considerado a característica pertinente e significativa das sociedades seculares contemporâneas. Porém, em paralelo, o autor considera como base para sua teoria, critérios como a razão e o discurso, que julga os únicos critérios valorizados por essa moral. Essencialmente tirânica, a moral civilizatória é mantida pela domesticação, as tecnologias impostas, as doenças evitáveis, o discurso único e, também, a supostamente ine-

vitável propriedade privada. Em suma, instrumentos de vulneração e manutenção do status quo.

A superação dessa moral e da própria civilização como única forma correta de vida imposta ao restante do planeta, demanda uma forma de relacionamento diferente da forma vigente baseada na concepção canônica de racionalidade, que é aquela que permite excluir da consideração moral uma parte dos pacientes morais efetivamente existentes. Demanda uma descentralização das valorizações arbitrárias do ser humano civilizado e uma reorientação de sua competência ética, capaz de integrar razão e sentimento. A superação da moral canônica civilizatória e o estabelecimento de uma orientação ética que reconheça o outro (animal humano ou não-humano) em seu contexto específico e com suas necessidades e características particulares que o tornam, afinal, um fim em si mesmo. Logo, merecedor de proteção pela ética animal ou bioética amplamente entendida.

As reflexões sobre os animais não-humanos na teoria construída em *Fundamentos da Bioética* os destinam a interminável exploração. A suposta "moralidade de beneficência" nega o caráter de indivíduo como um fim em si mesmo aos animais não-humanos ao legitimar atividades arbitrárias e tirânicas através de um cálculo de bem maior. Logo, pode-se perguntar, seria legítima uma moral individual ou coletiva particular que explorasse e oprimisse indivíduos suscetíveis, sencientes e que possuem liberdade prática? A capacidade que esses indivíduos têm de estabelecer relacionamentos inter e intra-espécies (portanto, portadores de subjetividade, pois é essa que possibilita a intersubjetividade), não seria condição necessária para reconhecer-lhes a condição de indivíduos morais?

Ao negar que os animais não-humanos devam ser considerados como fins em si mesmos, permitir que sejam transformados em propriedade e, portanto, autorizar que seus "donos" usem e abusem desses seres, Engelhardt legitima a moral canônica civilizatória, assim como morais particulares exploratórias e opressoras, em flagrante contradição com sua abordagem presumidamente libertária da conflituosidade intra e inter-humana, que só pode ser explicada pelo possível pressuposto "especista" do autor.

Essas considerações na teoria de *Fundamentos da Bioética*, frutos do não reconhecimento dos animais não-humanos como fins em si

mesmo, ambientam-se em uma realidade domesticada, instrumento de manutenção do status quo de grupos humanos específicos. Portanto, ao assumir o dever de respeito pelos animais não-humanos (já que são fins em si mesmo) a ALF simplesmente remete-se a um mundo objetivo no qual os animais são seres independentes de nós.

Finalizando, a construção desse trabalho buscou averiguar a legitimidade moral das ações da ALF como procura de uma transformação da lógica civilizatória baseada em opressores/oprimidos. A escolha da análise dessas ações foi motivada pela urgência de uma transformação na relação animal humano/animal não-humano, relação que se demonstra tirânica desde a aurora da civilização e que teve como conseqüências a exploração, o abuso e a morte de inumeráveis animais não-humanos. Para superar essa tirania, outras formas de ações independentes, como o veganismo, mostram-se necessárias e complementares a uma ruptura com a civilização opressora e tirânica. Uma ruptura com as formas hierárquicas derivadas da civilização, seja entre humanos e animais não-humanos, entre homens e mulheres, raciocínio e sentimento.

Referências

1. Schramm F. A dupla identidade da Bioética da Proteção na era da globalização. Aula Inaugural do curso de "Ética Aplicada e Bioética" do Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2008.
2. Maliandi R. Ética: conceptos y problemas. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2004.
3. Morin EA. Cabeça bem-feita. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil; 2006.
4. Engelhardt Jr. HT. Fundamentos da bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
5. Diamond JA, Germes e aço: os destinos das sociedades humanas. Rio de Janeiro: Record; 2009.
6. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos. São Paulo: Martin Claret; 2006.
7. Agamben G. Estado de exceção. São Paulo: Ed. Boitempo; 2004.
8. Agamben G. Homo sacer I: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2002.
9. Best S, Nocella A. Terrorists or freedom fighters: reflections on the liberation of animals. New York: Lantern Books; 2004.
10. Animal Liberation Front. Worldwide news and Information Resource about

the ALF. <http://www.animalliberationfront.com> (acesso em 4/mar/2009).

11. Poloni G. A ameaça dos ecoterroristas - Defensores dos animais trocam protestos pacíficos por táticas violentas. Veja [Internet]. 2004 ago [citado 2009 jun 17]; 1866. Disponível http://veja.abril.com.br/110804/p_066.html.
12. Schramm F. Violencia y ética práctica. Salud Colectiva 2009; 5(1):13-25.
13. Malatesta E. Escritos revolucionários. São Paulo: Ed. Hedra; 2008.
14. Durand G. Introdução geral à bioética - História, conceitos e instrumentos. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
15. Lovelock J. A vingança de Gaia. Rio de Janeiro: Ed. Intrínseca; 2006.
16. Habermas J. A ética da discussão e a questão da verdade. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
17. Singer P. Libertação animal. Porto Alegre: Editora Lugano; 2004.
18. Derrida J. O animal que logo sou. São Paulo: Editora UNESP; 2002.
19. Regan T. Jaulas vazias: encarando o desafio dos direitos animais. Porto Alegre: Editora Lugano; 2006.
20. Smuts B. Reflexões. In: Coetzee JM. A vida dos animais. São Paulo: Ed. Companhia das Letras; 2002. p. 128-145.
21. Nietzsche F. Crepúsculo dos Ídolos, ou como filosofar com o martelo. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 2000.
22. Ryder R. Victims of science - The use of animals in research. London: Davis-Poynter; 1975.
23. Maliandi R. Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2006.

Recebido: 08/09/2008 Aprovado: 23/10/2008

Nanociência e Bioética: novas abordagens éticas para novos paradigmas científicos
Nanoscience and Bioethics: new ethical approaches to new scientific paradigms

Monique Pyrrho

Cátedra UNESCO de Bioética e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

monique@unb.br

Resumo: Partindo do pressuposto que a nanotecnologia representa um ramo expoente de um novo paradigma científico, segundo o referencial de Kuhn, discute-se a importância ética do surgimento de um conhecimento científico que traz, em sua estrutura, uma ruptura com o modelo vigente de ciência. Seus fundamentos, que esbarram incomodamente nas básicas previsibilidade e reprodutibilidade científicas, aliados à rara simultaneidade entre a reflexão ética e os avanços tecnológicos, fazem da nanotecnologia uma inovação mesmo se comparada às recentes revoluções tecnocientíficas. A possibilidade de refletir sobre as implicações éticas que essa inovação introduz depende da capacidade de incorporar novas disposições aos referenciais morais tradicionais, tais como a pluralidade moral da sociedade e a capacidade de deliberar no presente, mesmo diante de conseqüências futuras parcialmente imprevisíveis. Considerando esse contexto, é útil identificar as implicações éticas autógenas à nanotecnologia, os possíveis resultados diretos de seu uso, particularmente aspectos como toxicidade e impacto ambiental. Mas talvez sejam as implicações heterógenas, resultantes da incorporação dessa tecnologia na dinâmica social, freqüentemente representadas na ficção científica, as que demandem maior atenção.

Palavras-Chave: Nanotecnologia. Bioética. Paradigmas científicos. Ética na pesquisa.

Abstract: Considering nanotechnology as an important branch of a new scientific paradigm, according to Kuhn's terminology, we discuss the ethical relevance of the emergence of a scientific knowledge that brings, in its very structure, a rupture with the current scientific model. Associated to the fact that ethical reflection and technological advances are rarely simultaneous, the foundations of nanotechnology, which conflict with basic scientific principles of prediction and reproduction of results, qualify it as innovative even in light of recent technical and scientific revolutions. The possibility of ethical analysis on the innovations introduced depend on the ability to

incorporate new considerations into traditional frames of reference, such as the ability to deliberate now even if part of the results are unpredictable, as well the ability to take social plurality into account. In this context, it is useful to identify the autogenous implications of nanotechnology, which are directly related to its use, particularly considerations of toxicity and environmental impact. The issues that may demand greater attention, however, may be the heterogenous ones, which result from the incorporation of this technology to the social structure, as frequently depicted in science fiction.

Keywords: Nanotechnology. Bioethics. Scientific Paradigms. Research Ethics.

Há algo de novo na nanotecnologia enquanto revolução tecnocientífica: a reflexão ética se antecipa às descobertas. Mais do que o avanço tecnológico propriamente, o que há de mais inovador na nanotecnologia é a discussão ética que ocorre contemporaneamente aos acontecimentos científicos. Já na primeira referência ao tema, são as expectativas de transformação de nossa relação com o mundo, de ir tão fundo na estrutura da matéria, que motivam Feynman (1), muito antes da real possibilidade de manipulação e conformação de compostos em níveis atômicos e moleculares. As repercussões antecipam e ofuscam os fatos. Os debates sobre as transformações do mundo e do humano em pós-humano se dão antes da ciência básica, o grey goo apocalíptico se instala antes mesmo da própria nanotecnologia estabelecer claramente métodos e procedimentos. Ainda que a dimensão da reflexão ética necessária atualmente não se restrinja às iniciais abordagens utópicas ou distópicas, é significativo e raro que o debate sobre implicações éticas tenha ocorrido antes dos avanços científicos.

No entanto, não são discussões entre o progresso e o conservadorismo, visões implausíveis ou cenários perturbadores que devem pautar a análise do tema. Uma abordagem ética, que não deseja enveredar por temas que a ficção científica retrata melhor, se dá ao atentar que a nanociência, em suas estruturas e abordagem científicas, ilustra uma ruptura característica dos novos paradigmas com o modelo científico clássico.

Em nanotecnologia, uma das lições iniciais é compreender que o que a caracteriza não é apenas o seu tamanho, mas as propriedades

químicas e físicas dos materiais que particularmente dele dependem (2). Portanto, o objetivo principal da nanotecnologia não é a obtenção do benefício direto vindo da redução do tamanho das partículas. O grande atrativo de se trabalhar em nanoescala residiria nas novas e incomuns propriedades físicas e químicas, não encontradas nos mesmos materiais em dimensões micro e macroscópicas.

A transferência tanto dos métodos entre as disciplinas quanto de posteriores aplicações tecnológicas implica na não-factibilidade de conhecer todas as possibilidades de utilização e de prever o alcance das conseqüências dos usos conhecidos. No caso da nanociência, a própria fundamentação teórica incrementa essa imprevisibilidade. As características específicas da dimensão nanométrica, que proporcionam propriedades divergentes e inovadoras em relação às leis físico-químicas que determinam o comportamento do material nas "normais" escalas macroscópicas, implicam significações éticas novas e, em parte, também imprevisíveis.

Paradigma científico e implicações éticas

No caso da nanotecnologia, é o comportamento diverso e imprevisível dos materiais manipulados em nanoescala o fundamento de sua ciência, sendo a ela intrínsecos, portanto, o desconhecido e o imprevisível. O conhecimento científico, que é insuficiente para proporcionar soluções morais, se revela aqui também incapaz, em última análise, de descrever fenômenos e fornecer informações necessárias à reflexão sobre seus aspectos éticos.

As questões e urgências éticas advindas das aplicações nanotecnológicas se apresentam numerosas e complexas demais para serem respondidas de forma satisfatória somente por parte dos atores envolvidos. A história já provou ser insuficiente, e por vezes enviesada, a análise de questões éticas relacionadas aos avanços tecnológicos conduzida apenas pelos cientistas. Frente a uma ciência que, além de não possuir as ferramentas necessárias para tratar do fenômeno moral, revela quebras epistemológicas em suas características fundamentais de reprodução e previsibilidade e em sua própria função de descrever comportamentos reprodutíveis, faz-se necessária uma construção ética também nova, que enfrente os dilemas propostos nas

formas e na linguagem desse novo paradigma científico: uma ética que saiba dialogar com uma ciência que encontra o imprevisível e desconhecido no âmago de suas bases epistemológicas.

Assim, o anseio por detalhadas análises de riscos, baseadas no pleno conhecimento das possibilidades técnicas, é frustrado. Para ir além de uma ética da precaução, que tem se demonstrado insuficiente para pautar a vida prática, é necessária uma construção mais ampla dos parâmetros éticos. Faz-se necessária a organização de referência transdisciplinar, que considere a complexidade das relações entre os mais diversos níveis da realidade e compreenda os fenômenos científicos e sociais.

A nanociência e a nanotecnologia, com suas extraordinárias promessas e riscos imprevisíveis, podem ser entendidas como um segmento prático de um novo paradigma científico. Kuhn (3), em *A Estrutura das Revoluções Científicas*, descreve o surgimento da ciência moderna e define os paradigmas científicos como os sucessivos modelos de fundamentação das teorias científicas. A ciência normal corresponderia à pesquisa apoiada em realizações científicas que são reconhecidas por algum tempo como fundamentos para a prática posterior. Assim, a ciência normal é fundamentada em paradigmas, ou seja, modelos que estruturam e ordenam o conhecimento científico atual, determinando os métodos e os objetos de estudo. São, portanto, os paradigmas que dão corpo à ciência normal, que em geral desenvolve-se para afirmar e confirmar a teoria e concepções comuns aos cientistas.

Ainda de acordo com Kuhn (3), é da própria ciência normal vigente que se estrutura a revolução científica que dará origem ao próximo paradigma. No caso da nanociência, o paradigma anteriormente vigente era a Mecânica Newtoniana, que avançou a partir da hipótese cartesiana, completando-a em alguns aspectos, para descrever a interação dos corpos macroscópicos. Assim, a pesquisa normal, seguindo o método científico cartesiano de análise, estudo e síntese, influenciou o estudo dos corpos e interações e fez com que, dentro de um determinado contexto histórico, a tentativa de aplicação do paradigma vigente para a miniaturização dos objetos resultasse em sua própria crise.

A verificação da validade do paradigma teórico, fim último da ciência normal, leva à detecção de imperfeições e incoerências entre a teoria e os fenômenos (3). Assim a física quântica nasce da observa-

ção de comportamentos em escalas nanométricas distintos daqueles previstos pela teoria científica vigente. A busca da explicação última, da lei universal que rege o comportamento de todos os corpos em sua menor unidade se vê frustrada, tamanha a divergência do mundo macroscópico. Em níveis atômicos e moleculares, as leis que determinam as interações estão relacionadas à natureza ondulatória dos elétrons e às implicações da frequência e comprimento de ondas nos quais vibram. A busca da confirmação do paradigma científico anterior demonstra "falhas teóricas" que dão origem ao novo paradigma que sustenta a nanotecnologia, a física quântica.

A extrapolação da nanociência ao modelo científico vigente vai além da mudança da teoria física que o explica. A nanotecnologia nasce de uma nova forma de produção científica, a interdisciplinaridade. Segundo Mehta (4), a nanociência representa a "convergência da física quântica, biologia molecular, ciência da computação, química e engenharia". A interdisciplinaridade por meio da transferência e a interação de métodos, aplicações e fundamentações teóricas entre determinadas disciplinas gera novas disciplinas (5): especificamente, a física quântica, a química e a engenharia interagem de forma a convergir na criação da nanociência.

Esta corresponde a um tipo de conhecimento que difere da produção científica cartesiana que busca a especialização, resultando da convergência e interação de conhecimentos distintos. Aproximando-se, desta forma, às necessidades e aos paradigmas científicos da complexidade contemporânea, onde as interações disciplinares também extrapolam a divisão convencional entre ciências exatas, humanas e biomédicas. A nanociência diverge então do método científico baseado na análise para obtenção do conhecimento que, em busca da objetividade da prática científica, gerou a especialização e a disjunção dos saberes, determinando a ignorância recíproca entre as ciências humanas, inconscientes do físico, e as ciências naturais, inconscientes da realidade social (6).

Morin (6), em consonância com as idéias de Kuhn (3), afirma que esta disjunção levou à impossibilidade da observação do mundo em sua real complexidade, à redução da realidade a regras e a leis "matematizadas" que o explicariam perfeitamente, ignorando o imprevisto ou tomando-o como erro. A realidade passou a ser concebida como

a soma dos fenômenos observáveis, sem contemplar as possíveis interfaces entre a ciência e a filosofia, entre as ciências humanas e as biológicas (7).

A partir da percepção da realidade em sua complexidade, uma nova tecnologia e um novo paradigma científico têm implicações práticas que ultrapassam os limites disciplinares originários. O pensamento complexo é ilustrado como uma rede e procura analisar as possíveis interações entre os mais diversos níveis de realidade e as repercussões dos fatos, consciente, porém, que o imprevisto é característica dos fenômenos e não um resultado do erro ou algo a ser desprezado (6).

A complexidade pode ser exemplificada pela ruptura epistemológica da divisão entre ecologia e sociologia, onde a análise científica tem por objeto o meio sem o homem e o homem fora do ambiente. Entende-se, portanto, que esta divisão é artificial e etnocêntrica, pois a mudança do ambiente determina importantes impactos sociais assim como o inverso também ocorre. Logo, a análise das possíveis conseqüências da nanotecnologia deve ocorrer de forma a não se desconnectarem estas dimensões (8). Esta compreensão é fundamental na análise das reais implicações e distribuição dos benefícios sociais causados pela economia de energia e matéria proporcionada pela indústria nanotecnológica (9).

Um novo paradigma surge, em geral, com respostas mais adequadas para as questões não respondidas pelo anterior, capacitando os cientistas a explicar um maior número de fenômenos ou de forma mais precisa alguns dos fatos previamente conhecidos. Por isso, a aplicação de novas tecnologias gera polêmica, tanto por ser considerada por alguns, ingenuamente, como a solução de todos os problemas do mundo, como por explicitar um conjunto de fenômenos desconhecidos, gerando descrédito e, por vezes, pânico frente ao desconhecido (3).

A nanotecnologia não foge a esta regra. Por vezes apresenta-se na forma de uma tecnologia revolucionária que mudará a forma de viver do homem, por meio da sua utilização na indústria, comunicação e informática. Na medicina, parece apresentar ainda mais soluções às limitações humanas, prometendo cirurgias menos invasivas e mais eficazes, medicamentos mais específicos, tratamento de doenças como o câncer e até mesmo com a possibilidade de proporcionar melhoras dos processos cognitivos e da memória (10).

Por outro lado, o desconhecimento atual do real alcance da nanotecnologia leva a reações extremas, alardeando riscos ambientais, implicações sociais e no modo de viver humano. Exemplo é o debate em torno do chamado grey goo, que se refere à situação em que os dispositivos nanoescalares, os nanorobôs, dotados de capacidade de auto-replicação ocupariam o mundo, fugindo ao controle humano e, por fim, eliminariam a espécie do planeta (11).

Assim, é desejável que a Bioética dedique-se aos temas éticos decorrentes do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico dos últimos anos. No entanto, a bioética não deve ser usada como um instrumento metodológico pretensamente neutro de leitura e interpretação dos conflitos provocados por avanços científicos, camuflando as origens coletivas dos dilemas e acarretando profundas distorções sociais. Pelo contrário, a abordagem das temáticas emergentes, como é o caso da nanotecnologia, se dá a partir de um arcabouço crítico e epistemologicamente dialético, engajado com as questões sociais, em busca de respostas aos paradoxos éticos impostos pelo contexto de desequilíbrio social (12).

É fato que os rápidos avanços da nanotecnologia têm trazido à tona vários debates sobre as implicações éticas de seu uso. Emergem, desta forma, temas relacionados à equidade, distribuição dos benefícios e acesso aos avanços científicos, impactos ambientais (uso de novos materiais e propriedades novas de materiais já conhecidos podem torná-los insolúveis ou poluentes), implicações para a privacidade e segurança (equipamentos de monitoramento invisíveis e infinitas possibilidades para a indústria bélica), modificação da constituição de seres vivos (organismos transgênicos), dispositivos moleculares auto-replicáveis, entre outros (13).

Embora as possíveis implicações éticas e sociais sejam muitas, e não restritas à toxicidade imediata ao ser humano, é preocupante a escassez de estudos aprofundados a respeito das implicações éticas, ambientais, legais e sociais da aplicação da nanotecnologia. Enquanto, as pesquisas sobre aspectos técnicos e científicos da nanotecnologia têm crescido intensamente nos últimos anos, tanto o investimento quanto as pesquisas sobre os possíveis impactos éticos e sociais dessa tecnologia são ainda incipientes. As abordagens feitas comumente demonstram o distanciamento entre o saber técnico-científico e as re-

flexões sócio-políticas e filosóficas necessárias (14).

Sotolongo (15) destaca dois importantes aspectos que demandam uma atenção ética específica em relação ao tipo de ciência atual exemplificada na nanociência. Primeiramente, pela grande capacidade de intervir em fenômenos naturais, o homem de maneira inédita é capaz de interagir com a matéria e a energia manipulando-as, o que o capacita a potencializar suas habilidades físicas e até mesmo intelectuais por meio de sistemas integrados cada vez mais autônomos. Quanto mais a ciência aproxima-se do controle das condições do meio, mais próxima encontra-se da potencialidade concreta de destruição. A segunda circunstância deve-se à grande quantidade de conhecimentos adquiridos, o que tornou impossível identificar todos os possíveis usos e interações práticas das tecnologias decorrentes. Diante da complexidade natural e social, as implicações práticas não são suscetíveis de conhecimento, previsibilidade ou manipulação a partir de uma relação de controle; ao contrário, mostram aspectos inerentes de incerteza e de certa independência em relação aos criadores.

Algumas abordagens éticas: uma tipologia

Longe de esgotar os possíveis aspectos éticos levantados pela nanotecnologia, a proposta lançada neste momento é esboçar o que a literatura e os debates sobre o tema apontam como principais aspectos éticos que emergem da aplicação da nanotecnologia e de sua relação com a sociedade. Com esta finalidade, diversos autores se propuseram a aventar e enumerar os mais diversos impactos possíveis.

Seguindo uma tendência que busca agregar e categorizar as possíveis questões éticas derivadas do tema, encontram-se propostas como a de Schummer (16) que, para enfrentar a tarefa de discutir a relação entre ética e nanotecnologia, classifica suas implicações em tópicos específicos e aspectos gerais. Os primeiros compreenderiam a abordagem ética relacionada aos processos de pesquisa em particular, o processo de produção do laboratório à indústria, manipulação, os produtos tecnológicos e suas aplicações. Já os aspectos gerais referem-se à maneira como os programas científicos são desenvolvidos e controlados, como se situam nos contextos científico e social mais amplos.

A Bioética, que tem entre seus objetos de estudo as interações

entre tecnologia e sociedade, repercussões do uso de instrumentos e de conhecimentos produzidos pelo homem, volta o seu olhar à nanotecnologia não pelas dimensões das nanopartículas. O interesse está na alteração da matéria por meio da técnica, a transformação por intermédio humano e não na dimensão nanométrica em si, visto que é encontrada no ambiente independentemente da interferência do engenho humano. Enfatiza-se, porém, que mesmo da intervenção humana não deriva qualquer valor moral intrínseco. Um composto de carbono não é eticamente melhor do que outro, seja ele nanoestruturado ou não. É nas relações entre os homens, em sociedade, e com o meio que os produtos e seus usos se mostrarão mais ou menos adequados.

Algumas destas implicações éticas se demonstram de forma mais óbvia, como quando um composto é tóxico ou poluente. Outros desafios éticos se tornam nítidos apenas nas complexas interações sociais, como as repercussões na economia mundial e na desigualdade social resultantes da introdução e apropriação das nanotecnologias pelo mercado.

Emprestando da literatura alguns critérios de classificação e associando-os à idéia já proposta de que a abordagem ética da nanotecnologia passa pela imprevisibilidade paradigmática deste fenômeno tecnocientífico, se propõe aqui uma apreciação esquemática das possíveis questões. Os dilemas resultantes da interação de um novo paradigma científico com as complexas e globais dinâmicas sociais, juntamente à factibilidade da análise de riscos no uso de produtos nanotecnológicos, permitem classificar as análises éticas das implicações da nanotecnologia em duas categorias: autógenas e heterógenas.

Implicações éticas autógenas

As nanotecnologias são caracteristicamente tecnologias de melhoramento, ou seja, refinam e aprimoram instrumentos e materiais para outras áreas, assim como muitas das tecnologias de convergência. Alteram compostos e dispositivos já existentes, mas também desenvolvem novos. É este aspecto que mais está relacionado a conseqüências cientificamente observáveis e por vezes de grande proporção.

As nanopartículas não são invenções atuais, mas a capacidade de

estruturá-las sistematicamente para a exploração industrial de suas propriedades certamente é nova. Os produtos assim desenvolvidos para fins esportivos, alimentícios, automotivos, cosméticos, de informática e muitos outros começam a ser disponibilizados no mercado. Esta produção em escala industrial é crítica, já que pode acarretar significativos danos ao ambiente, aos trabalhadores e à grande população ávida por insumos tecnológicos.

O desconhecimento parcial das propriedades dos materiais soma-se à regulação defasada por parte dos organismos nacionais e internacionais, que levam em conta a composição química dos elementos e não sua conformação. Isto possibilita que um novo composto nanoestruturado chegue ao mercado de medicamentos, por exemplo, sem passar por novos testes de toxicidade, sendo que as reações orgânicas podem ser completamente diversas.

A própria análise toxicológica ou imunológica pode estar limitada, já que os padrões de normalidade e anormalidade desses testes avaliam apenas as reações de partículas macro e microscópicas. Vale lembrar que a própria nanociência surge da constatação de que toda a análise científica se embasa na adequação entre método e interpretação. Se um instrumento adquire alcance para manipular outras escalas, pode revelar novas regras ou interpretar diversamente um padrão conhecido.

As implicações éticas autógenas não foram assim denominadas por se entender que são intrínsecas à nanotecnologia, afirmação da qual se poderia apreender erradamente um valor ontológico bom ou ruim de suas aplicações tecnológicas. As implicações são consideradas autógenas por se aproximarem a concepção de um efeito causal, por serem referentes principalmente a aplicação dos adventos tecnológicos pelo homem, sem que haja necessidade de uma complexa interferência de outros fatores. São estas as repercussões mais frequentemente visitadas nos debates, por aproximarem-se do modelo predominante de Ética da ciência, normalmente restrito à avaliação do impacto dos produtos e dispositivos no ambiente e na saúde. Entretanto, exatamente onde o uso parece apresentar riscos mais suscetíveis à mensuração e análise, é necessário assegurar-se de que a mesma tecnologia que produz é capaz de fornecer instrumentos suficientemente calibrados para avaliar as falhas de sua produção e apontar soluções.

Implicações éticas heterógenas

A justificação para a classificação e a nomenclatura recorre em parte à concepção da tecnologia enquanto rede, na qual o caráter de associação entre elementos diversos é central. Os fenômenos sociais são tomados amplamente, são rompidos os limites forjados entre as entidades e elementos humanos e não-humanos (17).

As possíveis repercussões do uso da nanotecnologia, aqui tratados, têm suas origens nas interfaces das diversas dimensões culturais, sociais, econômicas, ambientais, políticas desta rede. Heterógenas, porque fundamentalmente resultantes de interações complexas, demandam uma avaliação ética que ultrapasse as análises fundadas em relações causa-efeito e análises lineares de riscos.

Expectativas imediatistas de resolver tecnicamente problemas sociais mais profundos, como a perspectiva de que algumas das principais aplicações da nanotecnologia possam auxiliar as metas de desenvolvimento da ONU, com a produção energética e aumento da produtividade agrícola (18), levantam problemas de ordem ambiental, política, econômica e de saúde pública que, por implicações mútuas, deflagram uma discussão que se distancia de soluções simples.

Embora algumas implicações éticas heterógenas, como o controle social, a propriedade intelectual, a economia do conhecimento, as injustiças sociais, não despertem a atenção da mídia ou exasperem os ânimos como o fazem os cinematográficos ciborgs e a prometida cura para todo mal, talvez sejam as implicações que retratem as dimensões mais tangíveis e necessárias para a análise ética da nanotecnologia.

Reconhecendo a defectibilidade comum às classificações científicas, as categorias aqui propostas servem ao propósito de relacionar a possibilidade de analisar os riscos decorrentes da nanotecnologia e as complexas interdependências estabelecidas socialmente. E apontam para a dinâmica social como o locus onde extenuantes reflexões éticas e debates públicos se fazem mais necessários.

Disposições Finais

A interdisciplinaridade e a impossibilidade de conhecer todas as aplicações e implicações da nanotecnologia conferem um caráter de

ruptura à abordagem científica que a origina. A própria fundamentação teórica da nanociência está assentada nestas propriedades inovadoras. A impossibilidade do conhecimento pleno e a imprevisibilidade inerente às propriedades exploradas pela nanotecnologia fazem com que não somente surjam novos desafios éticos, mas também emergja a necessidade de uma nova abordagem ética.

Torna-se explícita a distinção que pode haver entre a ética tradicional, que tenta responder posteriormente a questões já apresentadas, e uma nova concepção que tenta adiantar a reflexão ética às possíveis implicações morais advindas da aplicação desta nova tecnologia. Esta diferença, juntamente ao entendimento da complexidade da realidade, aponta para a necessidade de uma análise da aplicação da nanotecnologia a partir de uma perspectiva bioética que possua fundamentos suficientemente dinâmicos para respondê-las e que não se limitem a uma ética codificada ou estritamente principialista.

Para a análise de uma tecnologia inovadora é necessária uma abordagem bioética que considere não apenas a complexidade da realidade como um todo, mas também as questões morais específicas de um determinado contexto sócio-cultural. Para tanto, a Bioética necessária não é mais aquela embasada epistemologicamente em princípios, os quais carecem de fundamentação teórica suficientemente estratificada e de eficácia em contextos complexos.

As suas bases não devem se apoiar em um conhecimento científico segmentado que se acumula, mas em um conhecimento (dos fatos) que contemple a complexidade e a totalidade em que se constroem, pela elucidação mútua entre o todo, as partes e as contradições. A partir destes parâmetros, será possível gerar implicações normativas aplicáveis a um diálogo moral que se pautar na tolerância às diferenças, e possa, inclusive, balizar decisões em situações sócio-econômico-culturais diversas (5).

Longe de atribuir valores morais intrínsecos, o intento de propor uma distinção entre implicações autógenas e heterógenas na construção da abordagem ética da nanotecnologia, considerando a falibilidade a que estão sujeitas todas as classificações, é distinguir as interações que a proporcionam.

Os processos de pesquisa, produção e aplicação da nanotecnologia são considerados pelas temáticas autógenas. Neste caso, a re-

flexão ética que passa por uma análise de riscos, nem sempre previsíveis, exige uma dupla habilidade: o aprimoramento técnico, com o desenvolvimento de dispositivos adequados para tal avaliação, mas também a busca de novos parâmetros éticos que se sustentem mesmo diante de uma parcela de desconhecimento.

As questões heterógenas, que tratam das interações complexas tramadas entre sociedade, tecnologia, ambiente, política e economia, dentro da incipiente discussão ética da nanotecnologia, são as que menos têm recebido atenção, embora em uma leitura sóbria e atenta demonstre a relevância das mesmas.

Diante do modismo que dita a corrida dos laboratórios pelo prefixo "nano" em suas pesquisas e dos países para liderar a produção nanotecnológica de ponta, as pessoas responsáveis pelas decisões oscilam entre o descaso para com os aspectos éticos do progresso científico e a moratória definitiva das pesquisas. Frente a este quadro, mais do que urgência ou alarde, a reflexão ética precisa do ritmo sóbrio do conhecimento científico, mas somente daquele necessário para proporcionar o diálogo que contemple a diversidade de interações e atores envolvidos.

Referências

1. Feynman RP. There's plenty of room at the bottom. In: Gilbert HD. Miniaturization. New York: Reinhold Publishing Corporation; 1961. p. 282-296.
2. Ratner M, Ratner D. Nanotechnology. Prentice Hall: New Jersey; 2003. p. 5-6.
3. Kuhn TS. A Estrutura das Revoluções Científicas. 5.ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.
4. Mehta MD. Nanoscience and nanotechnology: Assessing the nature of innovation in these fields. Bulletin of science, technology & Society 2002; 22(4): 269-73.
5. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em Bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (orgs.) Bases conceituais da bioética: Enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia/Unesco; 2006. p. 73-85.
6. Morin E. Os desafios da complexidade. In: _____. A religação dos saberes: O desafio do Século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand; 2001. p. 564.
7. Morin E. A inteligência cega. In: _____. Introdução ao pensamento complexo. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget - Divisão editorial; 1990. p. 13-23.
8. Victoriano JMR. Intersecções entre sociologia e ecologia: a pesquisa como

- fenômeno social total a partir da perspectiva crítica de Jesús Ibáñez. In: Martins PR. (org.) Nanotecnologia, Sociedade e Meio-ambiente. São Paulo: Xamã; 2006. p. 87-109.
9. Schnaiberg A. Contradições nos futuros impactos socioambientais oriundos da nanotecnologia. In: Martins PR (org.) Nanotecnologia, Sociedade e Meio-ambiente. São Paulo: Xamã; 2006. p. 79-86.
10. Freitas Jr RA. What is nanomedicine? *Nanomedicine, Nanotechnology, Biology and Medicine* 2005; 1(1): 2-9.
11. Feder BJ. Opposition to Nanotechnology. *New York Times*, 19 ago 2002; (C3).
12. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003; 17(5-6): 399-416.
13. Salvarezza RC. Why is nanotechnology important for developing countries? In: UNESCO. Proceedings of the third Session of the World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and technology. Rio de Janeiro: UNESCO; 2003. p. 134-36.
14. Mnyusiwalla A, Daar AS, Singer PA. 'Mind the gap': science and ethics in nanotechnology. *Nanotechnology* 2003; 14(3): 9-13.
15. Sotolongo PL. O tema da complexidade no contexto da Bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (orgs). Bases conceituais da bioética: Enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia/Unesco; 2006. p. 93-113.
16. Schummer J. Identifying ethical issues of nanotechnologies. In: Ten Have HAMJ (org). *Nanotechnologies, ethics and Politics*. Paris: Unesco; 2007. p. 79-98.
17. Benakouche T. Tecnologia é sociedade: contra a noção de impacto tecnológico. *Cadernos de Pesquisa PPGSP* 1999; 17: 1-28.
18. Salamanca-Buentello F, Persad DL, Court EB, Martin DK, Daar AS, Singer PA. Nanotechnology and the developing world. *Plos Medicine* 2005; 2(5): 383-386.

Recebido: 06/08/2008 Aprovado: 15/10/2008

Artigos originais

Esta seção destina-se a trabalhos que apresentam pesquisas em bioética, espontaneamente enviados pelos autores.

La problemática de la comunicación entre profesionales y usuarias de un servicio de salud sexual y reproductiva.

The question of communication between professionals and patients of a sexual and reproductive health department

Silvia Brussino

Universidad Nacional del Litoral, Santa Fé, Argentina.

sbrussino@fcb.unl.edu.ar

Roxana Prósperi

Universidad Nacional del Litoral, Santa Fé, Argentina.

rprospri@fcb.unl.edu.ar

Resumen: Este trabajo aborda la problemática de los procesos de comunicación entre el equipo de salud y usuarias del servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital JB Iturraspe (Santa Fe-Argentina) y los Centros Comunitarios y Asistenciales dependientes de su Área Programática. Se centra en las instancias de construcción, realización e interpretación de entrevistas exploratorias, es parte inicial de una investigación cuantitativa y sus resultados permitieron elaborar preguntas de una encuesta. En este contexto, se plantean las formas de interacción entre el saber cotidiano y el saber experto en correlación con la distribución del poder, identificando las voces autorizadas y las direcciones que se trazan en el entendimiento y resolución de los problemas. Se explicita la necesidad de complementar el análisis comunicacional en el nivel micro de la relación profesional-usuario con el análisis macro de las estructuras sociales, identificando condiciones objetivas de injusticia que generan preferencias adaptativas en las personas.

Palabras-clave: Comunicación. Salud sexual y reproductiva. Relación experto-usuario. Eficacia persuasiva.

Abstract: The present study addresses the communication processes between the Health Department staff and the patients who receive treatment at both

the Sexual and Reproductive Health Department of Hospital JB Iturraspe (Santa Fe – Argentina) and also the community health centers that belong to its Planning Area. This reflection focuses on the design, implementation and interpretation of exploratory interviews, the first step to be carried out in a quantitative research. The results obtained were taken as data to elaborate questions for a survey. In this context, interactions between common and expert knowledge are viewed in connection to power distribution, identifying the voices of authority and the different ways in which problems are understood and addressed. We render explicit the need to reinforce the communicational analysis at the micro-level in the doctor-patient relation with a macro-level analysis, that is, at the level of social structures. In so doing, concrete conditions of injustice are identified which bring about adaptive preferences among individuals.

Key words: Communication. Sexual and reproductive health. Expert-user relationship. Persuasive efficacy.

El presente trabajo es una reflexión sobre la primera etapa de una investigación que se lleva a cabo en el marco del Programa CAI+D (Curso de Acción para la Investigación y Desarrollo) con financiamiento de la Universidad Nacional del Litoral (Argentina). El proyecto, denominado Saberes en salud sexual y reproductiva: la comunicación entre el equipo de salud y el usuario del sector público, aborda la problemática de los procesos de comunicación entre el equipo de salud y usuarias del Consultorio de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable del Hospital J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe (Argentina) y de los Centros Comunitarios y Asistenciales del Área Programática de dicho Hospital.

Se trata de un hospital general dependiente del Ministerio de Salud provincial, descentralizado y de autogestión, de referencia en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud. Su área programática comprende una franja importante de la ciudad de Santa Fe y otras localidades lindantes, en la cual funcionan 17 centros de salud.

En cuanto al marco normativo para la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva, Argentina cuenta desde el año 2002 con un Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que contempla la asistencia técnica y apoyo a las autoridades provincia-

les para la implementación de programas locales, asesoramiento técnico y capacitación permanente a los equipos de salud, promoción de actividades de comunicación social sobre la temática, como también el monitoreo y evaluación de actividades y resultados.

En el ámbito provincial, en 2003 se creó por ley el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, que tiene como objetivos: a) Garantizar a mujeres y varones el acceso a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos promoviendo cambios de actitud en la sociedad; b) Asegurar el acceso equitativo a los diferentes métodos de control de la fertilidad existentes, naturales y artificiales; c) Respetar la autodeterminación de las personas sin ninguna clase de discriminación; d) Realizar actividades destinadas a la capacitación continua y actualizada de los equipos de salud pertenecientes a los servicios públicos.

En 2004, se sancionó una ley provincial que posibilita el acceso a la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía) teniendo como requisitos: la expresa voluntad del paciente y su consentimiento por escrito; su conformidad de haber recibido información de las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados, como también de las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias. En el año 2006, el gobierno nacional adoptó un temperamento similar en relación a esta práctica anticonceptiva a través de una ley vigente en todo el territorio argentino.

Definimos el proceso de comunicación como la construcción de un entendimiento que posee una gran riqueza significativa ya que pone en juego múltiples órdenes que exceden la consulta médica. La explicitación de este proceso muestra la manera en que la consideración de un problema de salud se inscribe dentro de la trama de una historia personal y socio-cultural. A su vez, ese proceso reclama la caracterización de los diferentes tipos de conocimiento que intervienen en la relación experto-usuario, que presentan una discontinuidad conflictiva, puesto que remiten a diferentes mundos referenciales y a diferentes atribuciones de significados.

Marco teórico

Para la elaboración del marco teórico, se recurrió a la fenomenología y sus modos de explicar la necesidad de penetrar en la conciencia de los actores sociales, siguiendo a Schutz en lo que denomina las "estructuras de relevancia" (1) de los grupos seleccionados. Se consideró también la perspectiva marxista (2), en cuanto que reafirma la importancia de obtener información referente a condiciones de vida, prácticas de grupos sociales, sistemas conflictivos, formas inadecuadas de resolver problemas, etc., que son determinantes de problemas de salud. A su vez, se remarcó la necesidad de develar el potencial de aspectos dinámicos que pueden ser generadores de cambios. En el tema que nos ocupa, consideramos que estos cambios consisten en brindar las condiciones necesarias para construir estrategias de acceso mutuo, centrándose en la carga de responsabilidad del experto en cuanto a la implementación de instancias educativas y la aceptación de las decisiones autónomas del usuario para promover el cuidado de su salud.

Desde estas perspectivas, la comunicación no puede ser entendida como interacción directa en términos absolutos, sino como un "actuar en común" basándose en códigos compartidos, pero que sufren transformaciones y están mediados por peculiaridades histórico-culturales presentes siempre en la construcción tanto de la emisión como de la recepción.

Los estudios sobre la relación médico-paciente consideran los aspectos de la comunicación experto-usuario inherentes al ámbito de la consulta entendida como entrevista individual, pero sin reconocer aún suficientemente su plano comunicacional ni las resignificaciones realizadas por el usuario. El registro de dicho "acervo" devela las especificidades personales, sociales, políticas, económicas, culturales, que deben ser tomadas en cuenta para desarrollar una problemática de salud-enfermedad de forma históricamente concreta.

Desde el punto de vista ético, así entendido el complejo fenómeno de la comunicación, permite desplazar el enfoque desde una "ética de la práctica", centrada en los aspectos médico-asistenciales de la salud sexual y reproductiva, hacia una "ética del modo de vida", que implica prestar especial atención a "todos aquellos otros espacios o escenarios que contribuyen poderosamente para el estado de salud,

tanto de las personas y sus familias como de los grupos sociales a los que pertenecen" (3).

En consonancia con lo explicitado anteriormente, nuestra investigación asume como marco de referencia una perspectiva bioética fundada en los derechos humanos (4, 5, 6, 7), desde la cual la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular, es un derecho humano fundamental y en cuanto tal, fuente de obligaciones de defensa y promoción por parte de los Estados y de responsabilidades éticas por parte de los profesionales de la salud.

Las hipótesis que se plantearon inicialmente fueron: 1 - La comunicación entre profesionales/usuarios es unidireccional y adopta la forma de la eficacia persuasiva; 2 - La voz autorizada para entender los problemas y la dirección que se traza para su solución proviene del profesional; 3 - Las usuarias perciben situaciones insatisfactorias en estas formas de relación y pueden verbalizarlas, generalmente fuera del ámbito hospitalario.

Objetivos

Nos propusimos como objetivo general describir la problemática de la comunicación establecida entre el equipo de salud y las usuarias, planteando los siguientes objetivos específicos: determinar aspectos e instancias constitutivas de esta comunicación; caracterizar tipos de saberes presentes en los enunciados de los agentes de salud y las usuarias; identificar la existencia de conflictos en este proceso de comunicación.

Métodos

El tipo de estudio es descriptivo transversal. La población seleccionada fue, por parte del equipo de salud: médico - psicólogo - trabajador social - enfermero - agente comunitario -(de ambos sexos) y por parte del usuario: mujeres de 18 a 25 años que concurren al Hospital y a los Centros de Salud de su área programática. El haber incluido sólo mujeres en la investigación se debió a que en un sondeo sobre el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva del hospital previo a las entrevistas, se observó que quienes concurren a estas con-

sultas son mujeres, siendo muy excepcional la presencia de varones.

En una primera etapa, se realizó una entrevista semi-estructurada a informantes clave por parte del equipo de salud y por parte de las usuarias. Esta entrevista cumplió una función exploratoria y permitió identificar dimensiones del fenómeno en estudio, develar aspectos del problema, formular hipótesis de trabajo, conocer motivaciones de determinados comportamientos, etc.

Los ejes temáticos de la entrevista realizada al equipo de salud fueron: concepciones sobre salud sexual; derechos sexuales y reproductivos; institución sanitaria; funcionamiento y modalidades de trabajo del servicio y auto-representación de las estrategias de comunicación implementadas hacia el usuario. Para la entrevista realizada a las usuarias, se tomaron como ejes: conocimientos y prácticas sobre formas de cuidado de la salud sexual; fuentes de información y modos de adquisición de conocimientos y prácticas sobre salud sexual; conocimientos sobre la existencia e implicancias del derecho a la salud sexual y reproductiva; dispositivos de enunciación del equipo de salud (tiempo y modalidades de explicación, etc.) y comunicación institucional (horarios para sacar turnos de consulta, cantidad de turnos asignados por día, tiempo que dura la consulta, etc.).

Tomando como base estos elementos, se construyeron las preguntas de una encuesta con el objeto de cuantificar múltiples datos y realizar análisis de correlación.

En lo que sigue, este trabajo se aboca a las instancias de construcción, realización e interpretación de las entrevistas exploratorias, que fueron pensadas tomando como referencia los lineamientos básicos de la orientación cualitativa de la investigación.

Resultados

Los resultados principales de las entrevistas a usuarias se centraron en su forma de relacionarse con los profesionales, el grado de confianza depositado en ellos y el grado de comprensión del lenguaje que utilizan. Se trata de una población constituida por mujeres de un nivel social-cultural-económico medio o bajo, de hecho la mayoría de las usuarias entrevistadas se encuentra en situación de pobreza presentando marcadas diferencias culturales - y por tanto lingüísticas -

para establecer un proceso de comunicación con el equipo de salud.

En este sentido, la relación de subordinación entre profesionales y usuarias, se refuerza a partir de que hay un abismo entre las formas de saber que ambos poseen. Sus formas de responder mostraron que la interpelación a partir de la propia posición, el propio punto de vista, lo que preocupa o atemoriza, lo que no se comparte o se encuentra discutible, lo que se visualiza como inviable, como no posible, etc., está cercenada por condicionantes muy fuertes y en muchos casos insalvables por la ausencia de "puentes" que permitan formas de acceso.

Por su parte, los profesionales señalaron la necesidad de adecuarse al lenguaje de la gente y de tomar recaudos para asegurarse la comprensión del paciente con respecto a las explicaciones, la prescripción, las pautas de tratamiento, etc. Este reaseguro, en cuanto se condensa en repetir varias veces lo dicho, en hacérselo repetir a la paciente o en escribirse en un papel si está alfabetizada, toma la forma de la eficacia persuasiva y descalifica formas de representación que no puedan enunciarse en un lenguaje técnico-científico, quedando las mismas relegadas a la categoría de "mitos" que deben ser desterrados. Se trata de un proceso de comunicación que se da en términos unidireccionales, en el sentido de depositar un saber dentro de una caja vacía.

Los miembros del equipo de salud manifestaron conocer el contenido y alcance de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados no pudo establecer una relación entre el discurso sobre estos derechos y la forma concreta en que los mismos impregnan sus prácticas profesionales, evidenciando una gestión paternalista de la relación y una disociación entre el discurso y la práctica de los derechos sexuales y reproductivos.

Las usuarias se pronunciaron, en términos generales, por una forma de atención satisfactoria y calificaron al tipo de relación establecida con los profesionales como cordial, respetuosa, de confianza, con un tiempo de atención muy breve y con dificultades para entender el lenguaje médico. No obstante, quedaron sin enunciarse explícitamente la escasa capacidad de comprensión e interpretación de las explicaciones brindadas por los profesionales, que las mueve a preguntarle a otros o a concurrir a la consulta acompañadas para intentar que otro entienda lo que a ellas les resulta incomprensible, etc. Se

observó una escasa predisposición a la confrontación y al reclamo en casos de que se produzcan desentendimientos. Estos son silenciados frente al profesional, pero tratados y/o discutidos en sus ámbitos familiares.

Al ser indagadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, la mayoría de las entrevistadas manifestó no saber de qué se trata, algunas refirieron tener conocimiento de su existencia, pero sin poder pronunciarse sobre su contenido o sobre la manera en que estos derechos favorecen la salud del ciudadano.

Desde el punto de vista de la organización institucional, se pudo observar el manejo de las relaciones de poder a través del sistema implementado para asignar los turnos para consulta, que implica generalmente concurrir al hospital a la madrugada y esperar varias horas hasta que comienza la atención por ventanilla para asegurarse el acceso al turno y largos tiempos de espera (tanto para acceder al turno como para ser atendida por el médico).

Un factor que se mostró como determinante de la comunicación es el escaso tiempo disponible para escuchar y explicar, denunciado tanto por profesionales como por usuarias. A esta imposibilidad de dedicar a la consulta el tiempo necesario, se suma el hecho de que en el Hospital las usuarias son atendidas por el profesional del servicio que se encuentra de turno, impidiendo así que se establezca un vínculo personal que permita alguna forma de devolución sostenida a lo largo de un tiempo.

Discusión

Apenas comenzado el trabajo de campo, debimos afrontar un aspecto que apareció en las entrevistas y que no consistió en la necesidad de realizar un mero "ajuste" en las preguntas, o de repensar una estrategia metodológica: buena parte de la problemática se encontraba en un nivel imperceptible para las propias entrevistadas. Esto llevó al equipo a desarrollar una extensa y sistemática discusión del problema de investigación tendiente a revisar una de las hipótesis y formular otras nuevas. Tras ello, pudimos reconsiderar la pertinencia de algunas preguntas que conformaban las entrevistas, así como la ausencia de otras.

Salvando la heterogeneidad de respuestas, las diferencias subjetivas y de matices, afirmamos que los aspectos deficitarios ya enumerados, no pueden ignorarse o considerarse carentes de importancia en la problemática que estamos investigando. Más bien aparecen como una cuestión prioritaria si se quieren concebir formas más óptimas de relación y de atención de la salud.

En referencia a la formación médica, fue necesario especificar los criterios subyacentes que determinan tanto la producción y validación del conocimiento como las prácticas profesionales. Los conocimientos considerados científicamente válidos provienen de la investigación experimental, sustento principal tanto de teorías como de prácticas profesionales concretas. Se pretende que los determinantes del juicio clínico y las decisiones que de él se desprenden, provengan preferentemente de ensayos clínicos controlados. Estos estudios tienen como objetivo desentrañar la dirección de una relación entre variables o factores determinantes de un hecho o fenómeno de salud-enfermedad e investigar posibles relaciones de causa-efecto entre variables.

Así se define el conjunto de concepciones firmes que la comunidad científica sostiene acerca de qué es aquello que vale la pena estudiar, cuáles son las preguntas legítimas que conviene formular acerca de esa realidad en estudio y qué métodos se consideran idóneos para obtener conocimientos válidos. Estas formas de valoración se consolidan como supuestos iniciales a partir de los cuales se determinan los límites de la facticidad y de lo conceptualizable. Se trata propiamente del modo en que opera la autoridad de un paradigma, determinando las formas de evaluar y constituyéndose como un organizador invisible que sólo aparece a través de los ejemplos, que crea la evidencia ocultándose a sí mismo, generando la convicción de tratar con las cosas mismas.

Esto trae como consecuencia una gran fragmentación en el saber sobre salud/enfermedad/atención en cuanto que los principios de este paradigma descartan otras formas posibles de interpretación de la realidad.

“A pesar de los innegables beneficios proporcionados por las diversas especialidades de las áreas biomédicas, no se puede perder de vista la posibilidad para el profesional que las pone

en práctica, de desvincular su ejercicio de la realidad que lo rodea y de la cual sus pacientes y él mismo forman parte" (8).

A través de los aspectos comunicacionales podemos ver la necesidad de acceder a fines del acto médico que dependen de otras formas de evidencia y fundamentalmente, de juicios valorativos, que si bien son cuestiones dadas a la reflexión y a la toma de decisiones en forma insoslayable, no pertenecen a la formación académica. Esta se centra en la utilización de medios técnicos, dejando todo un cúmulo de consideraciones sujetas a las representaciones sociales del profesional en cuanto miembro de un grupo social determinado.

"El sistema médico oficial, cuando focaliza su cuadro de referencia en lo biológico individual o en la presión del modo de vida, refuerza la representación del fenómeno salud/enfermedad de forma positivista. En verdad, la visión de lo social cuando se incorpora al concepto dominante, es tratada como un elemento más para el diagnóstico, en una relación lineal e ilustrativa" (9).

Las perspectivas Fenomenológica y Dialéctica, en sus cuestionamientos al paradigma biomédico, nos muestran la necesidad de entender la problemática de la comunicación profesionales/usuarios como resultado de múltiples determinaciones que provienen de procesos sociales y de procesos de conocimiento, tanto cotidianos como académicos. A su vez, problematizan la dicotomía "saber experto/saber lego" y la caracterización del usuario a través de su ignorancia con respecto al propio cuerpo y al propio cuidado del mismo, caracterización que legitima al profesional como única voz autorizada para definir significados verdaderos. Muestran la necesidad de profundizar en el conocimiento cotidiano así como en las estrategias de los saberes expertos para poder atender a las necesidades de salud de la población.

El paciente lleva a la consulta una situación que expresa su subjetividad así como un saber que aprehendió en su experiencia, que lo obtuvo de los significados culturales de su contexto. Es el represen-

tante de un "mundo" de significados que comparte con su grupo de pertenencia, y en referencia a los temas de salud-enfermedad, se trata de una verdadera construcción de significados colectivos. Cuando se aborda la problemática de salud-enfermedad entonces, es preciso tomar en consideración que ésta se instituye y tiene un curso que depende tanto de las prácticas profesionales como de las prácticas de los diferentes grupos sociales.

La índole de la relación médico-paciente, ampliamente desarrollada, en especial por la antropología médica, remite a procesos estructurales: la formación médica, la dinámica político-económica y socio-cultural de los diferentes estratos sociales, los componentes institucionales, los intereses corporativos, etc. Lo que interesa dejar en claro aquí es que el análisis de dicha relación no puede focalizarse meramente en las acciones que realiza el equipo de salud, ya que los elementos que determinan los procesos de prevención, terapéuticos y curativos no se centran exclusivamente en las actividades que realizan los profesionales de salud. A su vez, la forma en que las usuarias perciben su situación de salud no es el mero resultado de la información que reciben a través de la formación técnica del médico, sino que intervienen también múltiples vínculos provenientes de su forma de vida y del saber que han ido construyendo a través de la experiencia intersubjetiva.

Desde el saber técnico-profesional, la problemática de la salud/enfermedad gira en torno a los cuerpos humanos, la forma en que las personas se relacionan con ellos, la sexualidad, los sentimientos, las formas de concebir el propio cuidado, el dolor y el sufrimiento, etc. Pudimos constatar que esta problemática es objetivada en el discurso profesional en clave biológica, dejando de lado que por su misma naturaleza está atravesada por una trama de hechos sociales, expresados o silenciados por las usuarias al momento de la consulta, que constituyen un ámbito privilegiado para sacar a la luz tanto cuestiones puramente subjetivas como las condiciones estructurales que las determinan.

Las instancias de comunicación propiciadas por los profesionales se mueven en un sentido unidireccional, ya que van dirigidas a que la usuaria escuche, se informe y consulte sobre lo que ella misma no puede conocer ni comprender. Sus decisiones, por tanto, deberán mediar con ese otro saber autorizado y legitimado, que no es pro-

blematizado por los profesionales en cuanto saber, sino solo en cuanto a las formas más eficientes de acceder e intervenir en la salud sexual y reproductiva de las usuarias, a través de una suerte de "domesticación" con respecto a hábitos, prevención, planificación familiar, concepciones sobre pareja y maternidad, proyecciones a futuro, etc.

Si bien se trata de aspectos que no pueden ser abordados solo en clave biológica, las otras claves posibles se silencian porque se aceptan como un orden de determinaciones subyacentes, y que por tanto, no forman parte del diálogo. Estas determinaciones son aceptadas implícitamente a nivel institucional y profesional:

"Partir de lo obvio de los problemas prioritarios en salud, nos conduce a poner en primer plano a dicha obviedad y a analizar su significación con las problemáticas prioritarias, no para reemplazar el análisis de los problemas por los de su obviedad, sino porque el análisis de dicha significación puede evidenciar por qué determinados programas, en particular los de atención primaria, fracasan o permanecen en el nivel de lo meramente enunciativo" (10).

Estos aspectos se "filtraron" a partir de diversas formas de responder de usuarias y profesionales, en la reformulación de una misma pregunta o en comentarios aparentemente aleatorios. Pero no aparecieron como directamente reconocibles o aceptados por las personas que lo viven cotidianamente y que fueron objeto de la investigación.

A partir de la interpretación de los resultados de las entrevistas a usuarias, se hicieron visibles otras dimensiones del problema así como nuestra propia forma de abordar la investigación. Esta "nueva visibilidad" permitió explicitar algunos supuestos propios. La pregunta - cuya obviedad es solo aparente - ¿por qué las personas investigadas no "ven" los mismos hechos puntuales que nosotros "vemos"? fue un punto de partida necesario para identificar las condiciones de posibilidad de cada mirada.

Esto implicó, entre otras pruebas, someter nuestra perspectiva al "argumento del paternalismo" que cuestiona, en líneas generales, la validez de un enfoque normativo universal para establecer comparaciones entre distintos modos de vida, sobre la base de que la gente

sabe lo que es bueno para ella y si le decimos lo que debe hacer, no estamos siendo respetuosos de sus opciones en tanto que agentes de sus propias vidas y en cierto sentido, con su rol como ciudadanos democráticos (11).

En este sentido, el argumento nos interpelaba acerca de "nuestra" perspectiva sobre lo que es o debería ser un trato digno, justo, respetuoso, etc. en virtud del cual encontrábamos deficiencias coincidentes con los resultados de otros estudios (12, 13), allí donde nuestras entrevistadas parecían manifestar conformidad.

Las problemáticas expresadas por las usuarias al momento de la consulta, muestran múltiples áreas de la realidad social, y constituyen un ámbito privilegiado para sacar a la luz tanto cuestiones puramente subjetivas como las condiciones estructurales que las determinan. Por tanto, exploramos más exhaustivamente en algunos aspectos de las definiciones de situación que las usuarias transmitieron, tratando de inferir sus propios esquemas referenciales y los del grupo social de pertenencia.

De este modo, formulamos las siguientes nuevas hipótesis:

- El lugar de realización de las entrevistas, en algunas usuarias generó la preocupación de que la información se filtre y por tanto, incidió en algunas respuestas. Aunque se expresara al comienzo de la entrevista el compromiso de confidencialidad de los investigadores con relación a los datos obtenidos y a la identidad de las entrevistadas, les estábamos solicitando que brinden algún tipo de información crítica acerca de personas con las que mantienen una relación de subordinación en ese mismo lugar.

- El maltrato está naturalizado en su mundo referencial cotidiano, marcando un contraste con el ámbito del hospital, que emerge como un lugar de contención.

- El buen trato (amabilidad y respeto) es determinante para percibir una comunicación satisfactoria, opacando la importancia de otros elementos (tiempo de consulta, disponibilidad, extensión y profundidad de las explicaciones, etc.).

- El desconocimiento de qué es un derecho, anula el horizonte de referencia para identificar problemas y para concebir posibles reclamos.

Estas nuevas formulaciones se basaron en que "el punto de vista

del actor requiere ser problematizado para cuestionar la tendencia a la homogeneización o a la simplificación, y para reflexionar sobre las consecuencias de la negación por los propios actores de al menos una parte de los problemas que afectan su vida cotidiana" (14).

En este sentido, mostró su rendimiento teórico el concepto de "preferencias adaptativas" desarrollado por Jon Elster para explicar una importante limitación de nuestra racionalidad a la hora de tomar decisiones (15). Las preferencias adaptativas señalan un ajustamiento de las aspiraciones y deseos a las posibilidades que se tienen que alcanzar. Este fenómeno, frecuente en personas afectadas por severas restricciones de oportunidades, como es el caso de la pobreza extrema, se genera como respuesta inconsciente para mitigar la frustración que se produce al experimentar deseos que no pueden satisfacerse y conduce a una degradación de las preferencias. "Esto tiene como consecuencia que el estado actual sea percibido como un buen resultado y por lo tanto, se congele todo deseo de modificarlo" (16).

También Amartya Sen y Marta Nussbaum apelan al concepto de preferencias adaptativas en su crítica a los enfoques que pretenden medir el bienestar exclusivamente en términos de utilidad. Al preguntar a la gente qué es lo que prefiere en el momento presente y cuán satisfecha se encuentra, ignoran una cuestión tan importante como que las personas tienen grandes dificultades para expresar insatisfacción respecto de ciertas metas que no pueden imaginar en sus actuales condiciones de vida. De esa manera, también dejan en sombra el hecho de que con frecuencia esas preferencias se encuentran determinadas por situaciones injustas de fondo. "Dado que la utilidad no tiene en cuenta la existencia de preferencias adaptables, también inclina el proceso de desarrollo a favor del statu quo, cuando se utiliza como criterio normativo" (17).

De ahí que el enfoque de las capacidades humanas centrales propuesto por Sen y Nussbaum para establecer indicadores de calidad de vida en términos de desarrollo humano, no se centre en la satisfacción de preferencias ni en los recursos con los que las personas cuentan para llevarlas a cabo, sino en lo que la gente es real y efectivamente capaz de llegar a hacer y ser para vivir una vida verdaderamente humana.

Retomando la reflexión de Marx sobre el hombre en estado de

necesidad, Nussbaum se interesa por establecer el umbral en el cual una capacidad de la persona llega a ser lo que Marx llamó "verdaderamente humana", esto es, digna de un ser humano. Marx argumentó que los sentidos de un ser humano pueden operar en un nivel meramente animal, si no han sido cultivados por una apropiada educación, un tiempo libre para el juego y asociaciones valiosas con otros seres humanos (18). Ella entiende que podemos agregar a esta lista otros ítems, tales como las libertades de expresión, de asociación y de culto, ya que el aspecto central de su argumento es que se trata de considerar al ser humano como un ser libre y digno en el sentido kantiano de un fin en sí mismo, que configura su vida en cooperación y reciprocidad con otros, más que como un ser pasivamente configurado o intimidado por el mundo como si fuera parte de un "rebaño". En otras palabras, "una vida realmente humana es aquella que ha sido completamente configurada por los poderes de la razón práctica y la sociabilidad" (19).

Interesa destacar que en esta caracterización de una vida verdaderamente humana, estas dos capacidades - razón práctica y sociabilidad - juegan un papel central y articulador de todas las demás capacidades. La idea de razón práctica, de cuño aristotélico, está muy ligada a lo que en un lenguaje de extracción moderna, más próximo a la idea de autonomía, se denomina agencia moral, situando el modo propio de la acción humana, a diferencia de la mera acción animal. Implica ser capaz de asumir una concepción del bien y de reflexionar críticamente sobre la planificación de la propia vida. A su vez, la sociabilidad presenta dos aspectos íntimamente relacionados entre sí: Por una parte, ser capaz de vivir con y para otros, de interesarse por otros seres humanos, de comprometerse en distintas formas de interacción social; de imaginar la situación de otros y compadecerse por su situación, en síntesis, tener la capacidad para la justicia y para la amistad. Por otra parte, significa ser capaz de considerarse a sí mismo como un ser digno, cuyo valor es igual al de los demás, lo que implica contar con bases, socialmente construidas, de autoconfianza, auto-respeto y autoestima.

Consideraciones finales y conclusiones

En la problemática de la comunicación entre expertos-usuarios, aparece siempre implícita la cuestión de los tipos de saberes que sustentan el decir/hacer de ambos. Los usuarios se manejan con su saber cotidiano y los profesionales con su saber científico-técnico, marcando una brecha que podría fundamentar una radical incompatibilidad de puntos de vista, de lógicas argumentativas y de formas de lenguaje.

Los usuarios generan sus preferencias, su estilo de vida, su idiosincrasia y sus interpretaciones personales ancladas en su mundo referencial. Los significados que se atribuyen a los diferentes acontecimientos de la vida cotidiana son una construcción social, un emergente de las interacciones personales. Por tanto, el ámbito en el que debe analizarse este tipo de conocimiento, no puede ser meramente el del sujeto individual sino también el de su contexto de pertenencia, en cuanto que éste revela la sedimentación de procesos de configuración de sentido. Dichas configuraciones de sentido se expresan a través de una red conceptual que es compartida por una cultura.

Si se indagan los procesos comunicativos y se accede a dichas redes conceptuales, comienzan a explicitarse las estructuras de significado compartidas intersubjetivamente. El contexto, las acciones y el lenguaje, se encuentran en una estrecha interacción. A través del consenso, se van modelando formatos de interacción social, a partir de los cuales se interpretan y se valoran los acontecimientos de la vida cotidiana y se da sustento a las metas, a las intenciones y a la toma de decisiones.

El saber cotidiano se expresa particularmente en referencia a cuestiones de salud como una forma de poder afrontar y manejar el miedo, el dolor, la enfermedad, la muerte. Por ser cuestiones esenciales de la naturaleza humana, conforman modos de representación y determinadas prácticas que se encuentran en todo grupo social.

Afirmamos la necesidad de contar con la interpretación de los usuarios, con su propia atribución de significados. Pero los datos obtenidos generaron discrepancias entre formas de captar la problemática por parte de investigadores y de investigados, marcando así la necesidad de ponerlos en relación con las condiciones objetivas que podrían explicar dichas discrepancias. Tal como se critica al empi-

rismo etnográfico, se nos planteó una situación que mostró con toda claridad que una explicación no puede reducirse a la exclusiva comprensión del problema que tienen las personas investigadas. Sus estructuras de significados operan dentro de determinadas condiciones sociales, económicas, políticas, educativas, etc., de las que ellas mismas - al menos en parte - no pueden dar cuenta, pero que sin embargo son elementos constitutivos del problema investigado. Se trató de encontrar la lógica del punto de vista de las entrevistadas a partir de la comprensión de su propia situación, y de incluirlo dentro de un sistema de relaciones.

Este planteo se correspondería, en el ámbito antropológico, con una de las variantes del citado "punto de vista del actor", que sostiene que cualquier problemática debe ser investigada según el punto de vista propio de los sujetos que investigamos. Esta perspectiva, de raíz fenomenológica, entiende que la realidad debe ser interpretada por el investigador a partir de lo que los actores dicen sobre sí mismos, e históricamente surgió en los años 1960 para recuperar y legitimar el punto de vista de los actores subalternos, oprimidos, vulnerables, marginales, etc. Hemos desarrollado una de las principales características metodológicas de esta perspectiva: intentamos comprender los testimonios de usuarias y profesionales a través de sus interrelaciones, de las formas en que se tratan mutuamente y para esto reorganizamos la información a través de una interpretación teórica que no fue reconocida, al menos directamente, por las personas investigadas y que, por tanto, no puede reducirse a datos observables.

Las limitaciones de esta perspectiva aparecen, justamente, cuando las personas investigadas desconocen, niegan, silencian o mienten con respecto a los problemas que las afectan. Ante tal situación, cabe la pregunta que dio lugar a las extensas discusiones mencionadas precedentemente sobre los límites entre los puntos de vista del actor y del investigador.

Esta problemática sólo puede ser abordada desde una dinámica que tome en cuenta los niveles microsociales y macrosociales, ya que ningún nivel puede ser explicado desde el otro. Sólo la articulación entre ambos permite una lectura comprensiva. En un nivel micro puede verse la relación profesionales-usuarias focalizada en los aspectos comunicacionales y relacionales e interesa la interpretación de ambos, la

estructura de significados que atribuyen a esa forma comunicacional. A nivel macro pueden verse las múltiples dimensiones que intervienen en esta relación, sacándose a la luz las condiciones objetivas que explican el problema y que se sitúan en la estructura social. Ninguno de estos niveles puede reemplazar al otro, cada uno por sí mismo produce una mirada parcial y si bien en este trabajo nos hemos centrado en un nivel microsociedad porque expresa mejor la problemática de la comunicación entre usuarias y profesionales, entendemos que sólo la articulación con el otro nivel permitirá una adecuada comprensión de la problemática planteada.

El enfoque de las capacidades centrales plantea un "umbral" de capacidades que es preciso asegurar para una gestión de la vida verdaderamente humana, enfatizando precisamente cuán inútil puede ser un derecho escrito si no están dadas las condiciones materiales y culturales para su efectivo cumplimiento. En el tema que nos ocupa, a pesar de existir leyes nacionales y provinciales que tienden a plasmar los derechos sexuales y reproductivos en políticas sociales efectivas (20), encontramos que las capacidades centrales se hallan severamente restringidas en el sentido anteriormente explicitado. Aunque no son los profesionales de la salud quienes deben garantizar ese mínimo de capacidades sino el Estado a través de sus instituciones, en la medida en que permanecen anclados en estrategias comunicacionales del tipo descripto, consolidan un modelo de atención de la salud que refuerza asimetrías injustas, basadas en prejuicios y prácticas discriminatorias.

Referencias

1. Schutz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 1974.
2. Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. Debates en medicina social. Ecuador: OPS/ALAMES; 1991 (Serie: Desarrollo y Recursos Humanos 92).
3. Brehil J. Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie. Rev. Esc. Enferm USP 2002; 36(3): 210-221.
4. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París: UNESCO; 2005.
5. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (dir.) Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO/Universidad Nac. de Colom-

bia; 2008. p. 161-164.

6. Tealdi JC. Bioética de los derechos humanos. In: In: Tealdi JC (dir.) Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 177-180.

7. Vidal S. Iniquidad y desarrollo humano: una mirada desde la bioética. *O Mundo da Saúde* 2004; 28(3): 304-314.

8. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A.(coord.) Estatuto epistemológico de la bioética. México: Universidad UNAM/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO; 2005. p. 78.

9. Minayo MCS. El desafío del conocimiento - Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar; 1999.

10. Menéndez E. Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud. *Salud y Sociedad* 1988; 5 (16): 25.

11. Nussbaum MC. Women and human development - The capabilities approach. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

12. Cappuccio M, Nirenberg O, Pailles J. Informe final del Estudio Multi-céntrico: Conocimiento y actitud de los profesionales frente a ley de salud sexual y procreación responsable y su programa de ejecución. Buenos Aires: AASSER - CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente; 2005.

13. Zurutuza C, Bianco M, Rosemberg M, Checa S, Correa C. Situación de la atención de la salud sexual y reproductiva: Diagnóstico desde la perspectiva de las/os usuarias/os - Argentina 2003. Buenos Aires: Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS); 2004.

14. Menéndez E. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Bellaterra; 2002.

15. Elster J. Uvas amargas - Sobre la subversión de la racionalidad. Barcelona: Península; 1988.

16. Pereira G. Preferencias adaptativas: un desafío para el diseño de las políticas sociales. *Isegoría: Revista de filosofía moral y política* 2007; 36: 144.

17. Nussbaum MC. Las capacidades como derechos fundamentales: Sen y la justicia social. In: Cayuela A, Vara Martín J, Romero FJ, Villar Amigo V (editores) *Ética, Bioética y Desarrollo*. Granada: Comares; 2004. p. 161-179.

18. Marx K. Manuscritos económico filosóficos de 1844. Santiago de Chile: Ed. Austral; 1960.

19. Nussbaum MC. Women and human development - The capabilities approach. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

20. Gogna M. Las reformas en el sector salud en Argentina y Chile: oportunidades y obstáculos para la salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: Cedes; 2004. p. 99-104.

Recibido: 22/10/2008 Aprobado: 16/12/2008

Análise do perfil dos médicos condenados à cassação do exercício profissional no Estado de São Paulo: questões bioéticas

Analysis of the profile of medical doctors condemned license revocation in the State of São Paulo: bioethical questions

José Marques Filho

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), São Paulo, Brasil.

filho.jm@bol.com.br

William Saad Hossne

Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

cem@fmb.unesp.br

Resumo: Objetivou-se, à luz da bioética, analisar o perfil dos médicos condenados à cassação do exercício profissional no Estado de São Paulo, Brasil. Foram realizadas leitura e análise das atas oficiais da plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e dos autos dos processos que resultaram em cassação do exercício profissional no período de Janeiro de 1988 a dezembro de 2004. Para a caracterização do perfil dos médicos foram considerados os seguintes dados: idade, sexo, faculdade de origem, tempo de formado, área de atuação, cursos de pós-graduação e antecedentes de processos ético-profissionais. A idade média foi de 45,7 anos, o tempo médio de formado foi de 16,6 anos, todos os médicos eram do sexo masculino, a área de atuação mais freqüente foi a clínica médica, 48,8% dos médicos não tinham cursos de especialização ou residência médica e aproximadamente metade deles tinham antecedentes de processo no CREMESP. Os dados obtidos demonstram a importância da reflexão bioética nos processos que resultaram em cassação do exercício profissional e a necessidade do ensino de Bioética nos cursos de graduação, pós-graduação e educação médica continuada.

Palavras-chave: Bioética. Ética. Perfil de médicos. Cassação do exercício profissional.

Abstract: This study sought to analyze, under the perspectives of bioethics, the characteristics of the physicians to have their license revoked by the Regional Board of Medicine of State of São Paulo, Brazil. The official minutes of this organization's plenary sessions as well as files from the processes that resulted in the revocation of medical license between January 1988 and De-

cember 2004 were carefully read and analyzed. The data chosen for analysis were: age, gender, university from which the degree was obtained, the time since graduation, the field of activity, post-graduate coursework, and antecedent ethical-professional suits. The average age was 45.7 years, the average time since graduation was 16.6 years, all the convicted physicians were male, the medical clinic area was the most common field of activity, 48.8% of the convicted physicians didn't undertake residency internships or post-graduate education, and approximately half had antecedent suits in the regulatory organization. The data collected demonstrate the importance of Bioethics in the processes that result in license revocation and of teaching Bioethics in graduate, post-graduate and continuing medical education.

Key-words: Bioethics. Ethics. Profile of medical doctors. License revocation.

A profissão médica é uma das mais antigas do mundo. Surgiu quando alguém sentiu dor e, pela primeira vez, outra pessoa solidariamente postou-se ao seu lado e lhe estendeu a mão (1). A prática da arte médica tem origem em tempos primitivos, entretanto, a ciência médica, como a conhecemos hoje, não tem mais de dois séculos.

Fávero (2) divide a história da medicina em três períodos: religioso ou antigo, filosófico e científico ou moderno. Segundo o autor, antes do período religioso o que existiu foi uma era nebulosa de magia e feitiçaria dos homens da caverna. Já no período religioso a medicina era exercida por sacerdotes, médicos do corpo e da alma, praticada em templos e cultos. No período filosófico surge Hipócrates, oriundo do ramo dos médicos sacerdotes asclepiades; é considerado o pai da medicina, e seu juramento, paradigma maior da arte médica, preconiza diversos princípios éticos, pilares da prática médica até os nossos dias. Finalmente, no científico ou moderno, em que os princípios tradicionais da ética têm sido por vezes negligenciados, inevitavelmente é imprescindível o agulhão de uma sanção punitiva.

Até um passado não muito distante, a prática médica era revestida de uma aura divina, tida como verdadeiro sacerdócio, protegendo seus praticantes, a ponto de seus atos e resultados não serem submetidos a julgamento. Não havia razão para se discutir os desígnios dos esculápios, pois estes eram verdadeiros intermediários da vontade divina.

A ética medica tem tradição milenar e, se Hipócrates é considerado até hoje o mestre mais importante da ética médica, não se pode

olvidar a fundamental importância de Thomas Percival, cuja obra *Medical Ethics* de 1803 (3), serviu de base para a legislação ética de diversos países do ocidente, incorporando à normativa ética novos paradigmas diante dos avanços científicos e tecnológicos.

Os princípios éticos e morais da profissão médica caracterizam uma ciência, a deontologia médica. Do grego *deon* (dever) e *logos* (estudo), a deontologia é a ciência do dever ou das obrigações médicas. Por outro lado, a diceologia - *dikeus* (direito) e *logos* (estudo) – é a codificação dos direitos profissionais. Segundo Segre (4), dentro do conceito clássico pode-se denominar a deontologia médica de moral médica.

Martin (5), discutindo os direitos humanos nos códigos de ética médica brasileiros em uma perspectiva histórica, relata que boa parte dos códigos se concentrava em assuntos ligados ao comportamento pessoal do médico, na relação com seus pacientes e colegas. Somente pouco a pouco temas como direitos humanos, doação e transplantes de órgãos e ética em pesquisa entram nos códigos e começam a alargar horizontes. De fato, à luz dessa observação, podem-se detectar duas tendências na área de ética médica. Uma que restringe a ética a uma deontologia profissional, que se preocupa com a moral do médico e seu decoro profissional e outra que assume uma postura mais acolhedora da realidade. Esta tendência acolhedora é responsável pela construção de uma ética médica propensa à influência da Bioética.

Esta postura aberta à bioética é a marca que caracteriza os diplomas éticos brasileiros a partir da década de 80 do século passado, particularmente o Código de Ética Médica atual, vigente desde 1988 (6).

O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são autarquias federais criados por lei específica (7), com exclusividade para fiscalizar o exercício profissional e julgar as infrações éticas cometidas pelos médicos que exercem regularmente a profissão em nosso país. Diante da gravidade da falta cometida e em situações de risco para a sociedade, esses Conselhos têm a competência exclusiva de suspender ou cassar a licença do exercício profissional.

A pena de cassação do exercício profissional, com referendo obrigatório do Conselho Federal de Medicina, é uma das ações mais difíceis e importantes dos Conselhos Regionais de Medicina. Esta decisão ocorre em um cenário rico e carregado de aspectos emocionais, envolvendo as partes e o corpo de conselheiros.

Aspectos de natureza bioética estão envolvidos em todas as fases que resultam em cassação do exercício profissional, desde a formação básica acadêmica do médico, passando pelos valores morais dos profissionais que exercem a arte médica, até na legitimidade da lide e de todo o ritual que caracteriza o processo ético-profissional.

Neste sentido, posturas e reflexões de caráter bioético necessariamente permeiam todas as etapas dos processos ético-profissionais. Os referenciais bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, competência, prudência, vulnerabilidade, solidariedade) adquirem especial relevância no julgamento e avaliação de processos de cassação do exercício profissional (8).

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil dos médicos condenados à cassação da licença para o exercício profissional, para a devida discussão e reflexão, sobretudo de natureza bioética, procurando delinear medidas preventivas.

Método

O material de estudo consistiu na análise dos autos dos processos ético-profissionais e das atas oficiais da plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Brasil. O período determinado foi de janeiro de 1988 a dezembro de 2004. Esta opção foi devida ao fato do atual Código de Ética Médica ter entrado em vigor em janeiro de 1988, possibilitando a padronização dos dados.

Para cada processo analisado, os dados dos médicos envolvidos foram coletados através de um protocolo específico para este estudo. Para a caracterização do perfil dos médicos condenados à cassação do exercício profissional pelo CREMESP foram considerados os seguintes dados: idade, sexo, faculdade de origem, tempo do exercício profissional, área médica de atuação, título de especialista, residência médica, pós-graduação e antecedentes de processos ético-profissionais no CREMESP.

A idade do médico e o tempo de exercício profissional foram aqueles anotados na ocasião dos fatos. As faculdades cursadas pelos profissionais foram divididas em: pertencentes ao Estado de São Paulo, pertencentes a outros Estados da Federação e do exterior. Foram também classificadas em públicas e privadas. Foi considerada como

área de atuação a área habitual de atuação profissional declarada pelo próprio médico em suas manifestações no processo ético-profissional ou decidido pelo pesquisador após leitura dos autos. Optou-se, por exemplo, classificar como clínico tanto os especialistas desta área médica, quanto aqueles que se intitulavam generalistas e/ou praticante de medicina interna, termos que foram usados por longos anos em nosso meio. Foi considerado portador de título de especialista o médico que confirmou, na época dos fatos, titulação obtida por concurso realizado pela respectiva sociedade de especialidade. Em relação ao curso de residência médica foram considerados aqueles credenciados pelo Ministério da Educação.

Um dos autores, conselheiro do CREMESP durante três gestões, selecionou os processos e participou diretamente do julgamento de 35 médicos (77,7%) condenados à pena e cassação do exercício profissional.

Todas as providências no sentido de preservar a confidencialidade dos autos e o sigilo processual foram cuidadosamente observadas.

Resultados

Entre janeiro de 1988 a dezembro de 2004, período estabelecido para este estudo, foram analisados 41 processos ético-profissionais. Nesses processos pode haver um ou mais médicos envolvidos. Na análise feita, o resultado foi a condenação de 45 médicos à pena máxima, a cassação do exercício profissional pelo CREMESP, com o respectivo julgamento pelo Conselho Federal de Medicina. Esses resultados podem ser encontrados na dissertação de Marques Filho (9).

A média de idade verificada foi de 45,7 anos, sendo a mínima de 28 anos e a máxima de 66 anos. Quando distribuídos por faixa etária observa-se que abaixo dos 30 anos apenas 2 médicos (4,5%) foram condenados, entre 31 e 40 anos, 12 médicos (26,6%); entre 41 e 50 anos, 17 médicos (37,7%); entre 51 e 60 anos, 10 médicos (22,2%) e maior que 61 anos, 4 médicos (8,8%) foram condenados. Quanto ao sexo dos 45 médicos julgados e condenados, observou-se que todos (100%) eram do sexo masculino

Em relação às faculdades cursadas pelos profissionais, observou-se que 11 médicos (24,4%) eram oriundos de faculdades públicas do

Estado de São Paulo; 12 médicos (26,6%) eram de faculdades privadas do Estado de São Paulo; 12 médicos (26,6%) provinham de faculdades públicas de outros Estados; 6 médicos (13,3%) eram de faculdades privadas de outros Estados e 4 médicos (8,8%) foram formados em faculdades do exterior.

Quanto ao tempo de formado dos médicos condenados, observou-se uma média de 16,6 anos, sendo o mínimo de um ano e o máximo de 36 anos. Quando dividido em faixas por tempo de formado, observou-se que 4 médicos (8,8%) tinham menos de 5 anos de formado; 7 médicos (15,5%) tinham entre 6 e 10 anos de formado; 12 médicos (26,6%) entre 11 e 15 anos; 8 médicos (17,7%) entre 16 e 20 anos; 6 médicos (13,3%) entre 21 e 25 anos; e 8 médicos (17,7%) mais que 25 anos de formado.

Em relação à área de atuação, a mais freqüente foi clínica médica, com 15 médicos (33,3%); a seguir a ginecologia e obstetrícia, com 10 médicos (22,2%); cirurgia, com 6 médicos (13,3%); medicina legal, com 3 médicos (6,6%); endocrinologia, com 3 médicos (6,6%); ortopedia, com 2 médicos (4,4%); e geriatria, cardiologia, medicina intensiva, reumatologia, psiquiatria e anestesiologia, todas com 1 médico (2,2%).

Quanto à titulação dos 45 médicos condenados, 15 (33,3%) deles tinham o título de especialista na área que atuavam; 8 (17,7%) tinham residência médica comprovada. Os outros 22 médicos (48,8%) não tinham nenhum curso ou título de especialização após sua formação básica. Nenhum médico condenado à pena máxima tinha curso de pós-graduação *stricto sensu*.

Em relação ao antecedente de processos ético-profissional no CREMESP, isto é, processos em andamento e/ou já concluídos e julgados antes da cassação do exercício profissional, 24 médicos (53,3%) não tinham antecedentes, os outros 21 médicos tinham antecedente assim distribuídos: 1 processo – 13 médicos (25,5%); 2 processos – 4 médicos (8,8%); 3 processos – 3 médicos (6,4 %); mais que 4 processos - 1 médico (2,2%).

Discussão

A cassação do exercício profissional de médico é tema constante e altamente relevante, seja no meio acadêmico ou na mídia em geral.

Nas publicações da área de ética biomédica, a cassação do exercício profissional é tema freqüentemente citado, porém pouco estudado. Em geral, é abordado do ponto de vista puramente teórico. Diante disso, parece oportuno elaborar a discussão e reflexão de caráter bioético sobre dados concretos, e este foi o nosso objetivo básico: colher os dados e as informações dos processos ético-profissionais que resultaram em cassação da licença médica e discuti-los à luz da bioética.

A ética médica e a deontologia não podem ser confundidas com Bioética, embora sejam partes integrantes desta.

Em relação ao perfil do médico condenado à pena máxima, observou-se que cerca de dois terços têm menos que 50 anos de idade, (idade média de 45,7 anos). Esses dados são semelhantes aos de outros estudos. Boyaciyan (10) observou que cerca de dois terços dos ginecologistas e obstetras que responderam a processo ético-profissional no Estado de São Paulo estão abaixo dos 45 anos, resultados semelhantes aos relatados por D'Avila (11) para os médicos que responderam a processos ético-profissionais no Estado de Santa Catarina.

Quanto ao tempo de formado, observou-se que a faixa mais freqüente foi de 11 a 15 anos, com média de 16.6 anos. Esses dados são semelhantes a outros estudos realizados com médicos que responderam a processos ético-profissionais em geral (10, 11, 12, 13).

É possível que a baixa freqüência antes de cinco anos de formado se deva ao período de aperfeiçoamento (residência médica e especialização) e após os vinte e cinco anos a uma menor atividade profissional.

Os dados deste estudo demonstram que todos os profissionais condenados à pena de cassação do exercício profissional eram do sexo masculino.

De acordo com o Centro de Dados do CREMESP (14), em 1959 o número de médicos que atuavam no estado de São Paulo era de 7480 profissionais, sendo que 95% eram do sexo masculino e 5% do sexo feminino. Em 2005 esse número aumentou para 84101 médicos, sendo 63% do sexo masculino e 37% do sexo feminino. Observa-se um aumento significativo na participação da mulher na prática médica; não obstante, não houve cassação de médicas no período estudado.

Esta tendência de menor freqüência de condenações em processos éticos de profissionais do sexo feminino foi confirmada por di-

versos autores, entre eles, Morrison e Wilkersham (15), nos EUA, e Falcão (16) e Maia (12), no Brasil.

É possível que a natureza e a gravidade dos fatos que motivaram a cassação do exercício profissional tenham ocorrido em setores com maior número de profissionais do sexo masculino, como por exemplo, cargos de direção de instituições. Pode-se invocar também que valores próprios da condição feminina interfiram na frequência de participação de profissionais do sexo feminino nos atos médicos passíveis de condenação à pena máxima (prática de aborto, por exemplo).

Outra suposição possível, amparada por uma perspectiva bioética, seria a de que o comportamento da mulher na relação médico-paciente tenha um caráter mais acolhedor e que o comportamento ético no exercício da profissão seja mais adequado quando se faz uma reflexão de gênero. Alguns referenciais bioéticos, como por exemplo, a prudência e a solidariedade, são virtudes que caracterizam a práxis feminina em todas as atividades e, particularmente, em relação à prática da arte médica, onde estes referenciais determinam uma relação terapêutica com grande diferencial de qualidade.

Quanto à faculdade de origem dos médicos condenados, observou-se um equilíbrio, entre os oriundos de faculdades públicas e os de faculdades privadas. A ética médica e a bioética são disciplinas que tem em geral pequena carga horária nas faculdades de medicina, não obstante o reconhecimento crescente da importância das mesmas para a formação médica.

Por outro lado, supõe-se também que a conduta ética está mais diretamente relacionada aos exemplos que com as aulas formais no curso de graduação. Assim, a formação ética do corpo docente é, a nosso ver, um ponto crítico no processo de formação ética do estudante de medicina. É de se supor que a conduta ética do aluno depende tanto do seu caráter quanto da qualidade de ensino.

Em nossa casuística quase metade (48,8%) dos médicos condenados à pena máxima não possuíam curso de pós-graduação oficialmente reconhecido ou tinham título de especialista. Atualmente a residência médica, devido às deficiências curriculares, é uma extensão do curso básico, praticamente obrigatória. Os cursos de especialização, de residência médica e pós-graduação oferecem, pelo menos teoricamente, maiores oportunidades para melhor formação técnica e

ética do médico.

A clínica médica foi a área de atuação mais comum entre os profissionais condenados. Este dado contrasta com outros estudos, referentes a processos ético-profissionais em geral, onde a obstetrícia e ginecologia foram as áreas de atuação mais citadas (11, 16, 17).

Aproximadamente metade dos médicos que foram punidos com a pena máxima já tinham antecedentes de processos ético-profissionais no CREMESP. Em determinados casos, a reincidência tem peso importante na decisão de cassação do exercício profissional, como por exemplo, nos casos relacionados a assédio sexual.

Os dados obtidos evidenciam a relevância da reflexão bioética neste tema. A vulnerabilidade da população é o referencial bioético a ser protegido, enquanto a justiça é o referencial fundamental nos procedimentos disciplinares dos conselhos.

A reflexão e o ensino da bioética devem necessariamente fazer parte do currículo da graduação médica, dos cursos de pós-graduação e especialmente educação médica continuada (profissionais no exercício da medicina), visando a prevenção das faltas éticas que atingem a sociedade na área de atenção à saúde, tanto no sentido individual como coletivo. Para atingir seus objetivos, o ensino da bioética deve ser realizado ao longo do curso de graduação, sempre associado ao ensino prático da atuação médica, envolvendo o corpo discente e o corpo docente.

Na realidade, no caso da ética em geral, e da bioética em particular, há que se falar mais em educação (como processo formativo) aliada ao ensino (como processo informativo), materializadas nos exemplos oferecidos pelos órgãos formadores e pelos educadores.

Referências

1. Moura Fé A. Prefácio. In: França VG. Comentários ao Código de Ética Médica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.VII-XI.
2. Fávero F. Noções de deontologia médica e medicina profissional. Rio de Janeiro: Pimenta de Melo; 1932.
3. Percival T. Medical ethics. Manchester: S. Russell; 1803.
4. Segre M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: Segre M, Cohen C, editores. Bioética. São Paulo: Edusp; 1995.

5. Martin LM. Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica. São Paulo: Loyola; 2002.
6. Brasil. Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; DF, 26 jan, 1988.
7. Brasil. Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, DF, 26 jan., 1958.
8. Hossne WS. Bioética: princípios ou referenciais? O Mundo da Saúde 2006; 30(4): 673-6.
9. Marques Filho J. A pena máxima: cassação do exercício profissional médico – Análise, sob o olhar da Bioética, dos processos de cassação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (dissertação). São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo; 2006.
10. Boyaciyan K. O perfil e as infrações ético-profissionais dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no Estado de São Paulo (tese). São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2005.
11. D'Avila RL. O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos ético-profissionais no período de 1958 a 1996 (dissertação). Florianópolis (SC): Universidade de Santa Catarina; 1998.
12. Maia DB. Erro médico no Brasil: análise de processos ético-profissionais julgados pelo Conselho Federal de Medicina no período de 1988 a 1998 (monografia). Maranhão (MA): Universidade Federal do Maranhão; 1999.
13. Hossne WS. Infrações éticas e penalidades públicas aplicadas aos médicos do Estado de São Paulo (1998-2002). O Mundo da Saúde 2004; 28(3): 258-65.
14. Brasil. Resolução nº 119, de 5 de julho de 2005. Dispõe sobre a criação do Centro de Dados do CREMESP. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, 2 ago, 2005.
15. Morrison J, Wilkerson P. Physicians disciplined by State Medical Board. JAMA 1998; 279: 1889-93.
16. Falcão MSSA. A ética e suas infrações: um estudo sobre os processos ético-profissionais do Estado do Rio de Janeiro (dissertação). Rio de Janeiro (RJ): Escola de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz; 1993.
17. Montoya SD, André RP, Victor VP, Jorge LC. Querellas por responsabilidade médica según especialidades en Chile. Rev Assoc Méd Chile 1993; 121: 396-402.

Resenha de livros

Esta seção destina-se à apresentação de resenhas de livros de interesse para a bioética

La biología contra la democracia. Eugenesia, herencia y prejuicio en Argentina, 1880-1940.

CECCHETTO, S.

Mar del Plata: EUDEM, 2008.

ISBN 978-987-1371-23-5

¿Obsesión científica por la vida perfecta?

La biología es la ciencia de la vida; pero... la vida, impredecible e indefinible, escapa como agua del cesto de la ciencia.

Emilio Cervantes

Variadas son las obras que tratan de explicar, interpretar o esbozar – según sea el caso – el curso de la humanidad mediante ópticas llanas, yuxtapuestas, caleidoscópicas y hasta interdisciplinarias o transversales. Y es que la naturaleza, y en específico la evolución de la especie humana, crea tal interés que desde el inicio primigenio de la escritura se ha asentado el desarrollo de la convivencia y organización del hombre, con sus múltiples acciones asombrosas, pero también con sus actos más escabrosos e inexplicables, pues debemos admitir que diversas cuestiones escapan al raciocinio. El texto del bioeticista argentino Sergio Cecchetto, que ahora comento, comprende un ensayo científico que se apoya en la historiografía, la antropología, la sociología y por supuesto en diversos planteamientos científicos (de la biología, la genética, etc.), para abordar un aspecto temático que yace en el inconsciente colectivo de una nación latinoamericana, cuyo rasgo distintivo se revela por la marcada influencia europea en su cultura y estilo de vida.

En estos tiempos de fuerte incertidumbre social, con carácter de-

terminante, el autor no titubea al apuntar en su título una primera expresión desafiante, dura, incluso aparentemente un tanto inconexa para una primera lectura: "la biología contra la democracia". ¿Qué tiene que ver esta disciplina científica y particular con una aspiración del ideario liberal que fungió como promesa de la era moderna?, ¿acaso se trata de un binomio bizarro como muchos de los que suelen transitar en la vida diaria?, ¿qué acaso la democracia no se consigue con la lucha y voluntad política de los ciudadanos?, ¿a quién se pretende afrontar con ese título desafiante: a los científicos o a los políticos? Éstas y otras interrogantes van encontrando eco conforme se avanza en la lectura del libro. Estructurado en dos apartados claramente definidos "La eugenesia en Argentina" y "Herencia, generación de la vida y eugenesia", esta obra nos lleva de la mano para comprender la importancia de conocer cómo se construyó el corpus del stablishment de buena parte del mundo occidental, además del caso específico de Argentina.

Con un discurso equilibrado, se destaca la amplia bibliografía en la que Cecchetto respalda su recorrido historiográfico para después aportar en el ensayo sus acotaciones complementarias y comentarios críticos. Tanto en las notas como en la bibliografía utilizada se aprecia la revisión, la consulta directa o bien la lectura asimilada por el autor, dejando entrever su compromiso y la seriedad del tema seleccionado. Conviene señalar aquí que a lo largo del texto nos encontraremos con autores, teorías –algunas científicas, otras seudocientíficas, otras que de plano rayan en la fantasía, como el propio autor pone de manifiesto-, explicaciones e influencias de dichas teorías, apuntes sociales y culturales muy ásperos, pero también veremos anécdotas de ciertas personalidades que la historia oficial ha presentado empotradas en grandes nichos divinizados, de tal modo que en diversos momentos el lector agradece el allanamiento del camino para entender la complejidad de semejantes temas que aborda. Entremos en algunos detalles.

Antecedentes

Sin lugar a dudas, el siglo 19 continuó increpando el divisor de aguas que generó el siglo anterior: derivado de la era victoriana, germinaron en él grandes movimientos que sacudieron la filosofía, la política y la ciencia, y cuyas luces y sombras aún nos siguen con-

vocando. Durante este siglo, nada estaba realmente diferenciado, los grandes descubrimientos científicos se interrelacionaban con los movimientos filosóficos y religiosos que conformaban la moral de las sociedades y, por tanto, buena parte de las políticas de sus gobiernos. Fue en este contexto que las teorías biológicas y los problemas que planteaba el origen de la vida se cristalizaban con ahínco, pues como asevera Cecchetto: "Hubo que esperar la llegada de la Modernidad para que algunos cambios empezaran a manifestarse en esta área delicada del conocimiento, puesto que cualquier innovación acaecida en ella, por mínima que fuese, involucraba a la par la inestabilidad de aspectos ontológicos y teológicos acendrados" (p. 68).

Es en 1859 cuando Charles Darwin publica su célebre obra *Del origen de las especies* por vía de la selección natural o de la conservación de las razas privilegiadas en la lucha por la existencia, más conocida por su título abreviado de 1872, *El origen de las especies*. En términos de nuestro autor, esta obra propició lo siguiente: "El tratado de Darwin mencionaba al ser humano apenas de pasada, cosa que no impidió que se desatara una polémica ardua (...) La naturaleza aparecía aquí desdivinizada, respondiendo a consideraciones puramente biológicas; el ser humano tampoco mostraba los rastros de la divinidad, sino que era concebido como un animal más entre otros animales. El interés general de este conjunto de obras – *El origen* y *La descendencia del hombre* – era, en cualquier caso, explicar el mecanismo de adaptación de las especies (...) y formular una teoría general de la evolución" (p. 88).

A decir del libro, la teoría darwiniana de la evolución involucra cuatro nociones principales: variación, entendiendo ésta como la explicación de que los organismos varían y derivan unos de otros sobre la base de la herencia; lucha por la existencia, partiendo del hecho tácito de que en la naturaleza nacen muchos más organismos de los que logran sobrevivir; selección natural, "destaca que las variaciones seleccionadas por el medio son aquellas que favorecen la reproducción y la supervivencia de los organismos vivos, de acuerdo con su capacidad gradual de adaptación" (pp. 88-89), y la especiación, la cual "da cuenta de la manera en que la selección natural acumula variantes favorables, produciendo en primer lugar subespecies o razas, y más tarde nuevas especies que acentúan los rasgos ventajosos" (p. 89).

Aunque muchos rechazaron las conclusiones de Darwin con pasión, la influencia sobre todos fue inmensa. Una de las personas que resultó profundamente impresionada por el trabajo de Darwin fue su primo, Francis Galton, quien al leer *El origen de las especies*, y muy especialmente al comprender la selección natural llegó a la conclusión de que la civilización moderna y la biomedicina impiden la evolución de nuestra especie, pues proteger a los débiles o menos dotados produce una línea de mediocridad, en lugar de un avance evolutivo de acuerdo con las ideas darwinianas.

"Galton, al igual que su célebre primo, también se entusiasmó con la idea de una selección artificial, pero científicamente guiada. Se preguntó, con buen tino, si el mismo programa de mejora para organismos vegetales y animales no podía ser aplicado también al hombre para perfeccionar la raza humana, conduciendo los esfuerzos de manera tal que se favoreciera la reproducción de los individuos más aptos y se resaltarán sus mejores cualidades" (p. 107). Desde luego, Galton no fue el primero en postular este tipo de ideas: desde los griegos, ya se mencionaban algunas prácticas mediante las cuales se promovían los "matrimonios juiciosos" para salvaguardar comunidades sanas. La cría de animales se había basado durante milenios en favorecer características deseables a partir de la selección de animales en cada generación, pero Galton fue el primero en tratar de fundar una ciencia que atacara el asunto de manera sistemática y racional, y específicamente centrada en los seres humanos.

El nacimiento de la eugenesia

Entre los temas de interés de Galton por tratar de "diseñar" el mejoramiento de la raza humana, destacan los casos de un alto grado de habilidad en ciertas familias durante una o varias generaciones, el del genio aislado dentro de una familia conformada por individuos mediocres y el de los gemelos univitelinos, "seres diferentes que comparten rasgos físicos y de comportamiento" (p. 108). Aunque los propósitos científicos planteados por Galton no se lograron con facilidad, en 1883, en *Investigaciones sobre la facultad humana y su desarrollo*, utiliza por primera vez el término eugenesia, del griego "buen nacimiento", un término que explicaría más estrictamente

como: "una palabra breve que permitiera expresar la ciencia de la mejora de la materia prima, que de ninguna manera se limita a cuestiones de emparejamientos juiciosos, sino que –y especialmente en el caso del hombre- toma conocimiento de todas las influencias que tienden, aunque sea en el grado más remoto, a dar a las razas o linajes de sangre más adecuados, una mayor posibilidad de prevalecer, con más rapidez que lo que normalmente pudieran hacer sobre los menos adecuados" (p. 116).

A decir de Cecchetto, la orientación eugenésica inicial de Galton se caracterizó por ser positiva o profiláctica, en tanto que propuso incentivar los matrimonios tempranos entre los mejores y distintas medidas protectoras de su descendencia, favorecer la reproducción de las personas juzgadas especialmente valiosas, con base en la promoción y prevención de la salud y eliminando los malos hábitos, y educando a las madres jóvenes en la ciencia de la puericultura. Sin embargo, hacía falta mucho más comprensión social en este proyecto de "mejora racial".

Eugenesia: herencia y prejuicio

De forma invariable, la apuesta de Galton pronto se revistió de una orientación negativa, la cual advierte Cecchetto sin cortapisas, "fue en definitiva la que tiñó el accionar del movimiento eugenista en todo el mundo, y que tenía por objetivo establecer obstáculos que impidieran la multiplicación de los indeseables" (p. 117). Entre las prácticas que se desarrollan al servicio de la reproducción limitada, y que ilustran las acciones "modernas" y preponderantes del período se encuentran las esterilizaciones forzosas de individuos y grupos humanos, los exámenes y los certificados médicos prenupciales, las restricciones para el derecho de tránsito, es decir, la inmigración, el control de la concepción, la prohibición de uniones interraciales, la segregación o aislamiento de algunos individuos en instituciones que manipuladamente han legitimado las ideas de "seguridad" y "bienestar", y nos referimos a hospicios, orfanatos, asilos, cárceles, casas para pobres, entre otras que el lector del escrito podría seguir listando.

Los gobiernos autoritarios, recelosos por mantener el control social sin importar los medios, recurrieron a la eugenesia, pero en su

más lato sentido negativo. Veamos el caso de Argentina, que constituye además la propuesta interpretativa de la obra y la ilustración de todo lo explicitado anteriormente.

La eugenesia en Argentina

El desarrollo de la eugenesia en Argentina fue relativamente contemporáneo al europeo, aunque, como bien se afirma, el contexto local le imprimió características peculiares. "Hemos querido averiguar aquí qué nociones científicas disponía y manejaba el movimiento eugenista local sobre cuestiones hereditarias, piedra de toque de su andamiaje teórico y, al mismo tiempo, soporte de sus diagnósticos y remedios sociales elaborados sobre bases biológicas. (...) Desentrañar el comportamiento de los eugenistas argentinos frente a la genética moderna y al problema de la herencia, puede abrirnos la puerta hacia una comprensión más acabada de los mecanismos de pensamiento que alimentaron a ese movimiento social que tiñó a la cultura argentina durante más de cinco décadas" (p. 126).

La eugenesia fue una disciplina profundamente práctica y unida a proyectos políticos. Manipulada y maltraída bajo los auspicios de la "cuestión social", en Argentina, la persistencia del modelo organicista hereditario, pero articulado a la vez con la idea de la herencia de las modificaciones adquiridas, limitó las posibilidades de recepción o implementación de medidas que limitaran o impidieran la reproducción de los individuos considerados perjudiciales para la sociedad. No obstante, la preocupación por identificar estos individuos perjudiciales se tradujo en la producción y la utilización de conocimientos para identificar diversos tipos y grados de anormalidad. Dicha noción apelaba a todo tipo de desvarío o tambaleante fuerza que enfrentara a la clase hegemónica y disputara con ella su poderío y ascendente.

La consolidación del Estado en Argentina a partir de 1880 hizo necesario un acompañamiento de estrategias político-culturales orientadas contra esos anormales indeseables. La transición de "provincia" a metrópoli significó la aparición de elementos extraños que requerían ser controlados y neutralizados, de ahí que se producen grandes transformaciones en la economía, la sociabilidad, la cultura y las costumbres nacionales. La presidencia de Julio Argentino Roca

(1880-1886) logra un inusual consenso, con base en alianzas y restricciones, que le permiten gobernar sin interferencias. Su lema, "paz y administración", sintetiza la filosofía de su gestión. Buenos Aires, declarada Capital de la República mediante la sanción de la Ley de Federalización de la Ciudad en 1880 bajo la presidencia de Nicolás Avellaneda, comienza a ser considerada "la París del Plata", y en este gesto pone en evidencia la voluntad de olvidar su carácter provinciano para entregarse a los gustos y mandatos culturales de las grandes urbes europeas. No obstante, el fenómeno inmigratorio fue el factor decisivo que determinó el cambio social del país, que impactó a gran parte del litoral rioplatense (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe), además de la migración interna hacia las zonas de mayor esperanza de prosperidad económica.

Conviene señalar que el flujo migratorio de extranjeros al principio era bien visto y la sociedad argentina se prendía de orgullo por ello, pero conforme diversos problemas sacudían su vida cultural, ese orgullo se tradujo en inestabilidad y sospecha. "Si en la postulación inicial el recién llegado era aceptado como un motor dinamizador del progreso, los acontecimientos posteriores demostraron que también era capaz de ser un individuo degenerado, indeseable, delincuente, asocial. ¿Cómo se produjo tal cambio?, ¿cómo los extranjeros se convirtieron en los responsables de los males internos que afectaron al país, despertando sentimientos xenófobos, políticas discriminatorias y prácticas racistas?" (p. 21).

No es gratuito el estudio de las décadas de 1880-1940 en el volumen que se comenta en este breve apunte, pues justamente las preocupaciones por la 'cuestión social' a finales del siglo 19 empiezan a tornarse entonces algo crónico, complejo y desafiante a enfrentarse. La urbanización implicó la articulación de distintos males y prácticas delictivas, que van desde el hacinamiento, la marginalidad, la desadaptación, hasta la mendicidad, la criminalidad y las enfermedades físicas, venéreas y mentales. El duro panorama obligaba a tomar medidas prontas y perceptibles. La actitud política que daba la bienvenida a los extranjeros (el adagio de Alberdi "Gobernar es poblar") se transformó drásticamente en la exigencia de que "Gobernar es poblar bien", de aquí el surgimiento y despliegue del "prejuicio racial" en el país. "Esta coartada permitió justificar los grandes crímenes biológi-

cos del siglo 19 y 20, pudiendo 'transformar la naturaleza misma en cómplice del delito de desigualdad política'" (p. 47).

De acuerdo con el texto que comentamos son cinco los principales rasgos distintivos de la eugenesia en Argentina, los cuales nos permitirán entender el proceso de este movimiento:

1. El impulso de la eugenesia trazó una orientación política que tomó la 'cuestión social' como objeto de atención e intervención por parte del aparato estatal laico, aunque los actores políticos permitieron que se tornaran biológicas las cuestiones sociales, confundiendo la incorporación de remedios científicos sobre males que requerían mayor análisis antropológico.

2. Participación activa de profesionales de distintas disciplinas: médicos, juristas, educadores, psicólogos, etc. en la búsqueda de una articulación entre los saberes expertos y la figura del Estado Nacional. A decir de nuestro autor, perseguían "la elaboración de un discurso a la vez político y científico (que les) permitió a los expertos cumplir con tareas específicas y operar como instancia legitimadora del poder y del control social" (p. 50).

3. Debido a que la población blanca, desde la óptica europeizante, era la única considerada apta para proponer reformas eu-génicas al resto de la población, la denigración por las demás razas se ancló en la cultura argentina. Aunque tal vez no era la intención última de las teorías biológicas en boga, se legitimó en el país una supremacía de la raza blanca.

4. Se tergiversó tanto el propósito loable de la eugenesia galtoniana en Argentina, que se prestó a la manipulación y se creó un ambiente de confusión entre las condiciones congénitas de los nacimientos debido a daños prenatales y las enfermedades hereditarias propiamente dichas, lo cual ocasionó un férreo control de la natalidad. Esta orientación del movimiento reemplazó, con el correr de los años, a la preocupación por los inmigrantes que se debían disciplinar.

5. La eugenesia local estuvo más ligada a la pragmática política que a las consideraciones teóricas y científicas propiamente dichas. El libro revisa con detalle las pretensiones de otros estudiosos que catalogan a la eugenesia argentina como "benévola", y derivan esta suavidad en la elección de sus herramientas sociales de una filiación

científica cercana al transformismo lamarckiano. Muchas páginas del volumen abonan una tesis diversa, donde campea el eclecticismo en asuntos hereditarios.

¿Cuál es el aporte de la biología contra la democracia. Eugenesia, herencia y prejuicio en Argentina, 1880 – 1940? ¿Por qué el autor contrapone la biología a la democracia? Básicamente, en estas páginas se nos convida a reflexionar acerca de la gran contradicción que encierra querer resolver problemas sociales como la vivienda, la salud o la educación, en base a diagnósticos biológicos. Instrumentar fórmulas científicas para aquietar las necesidades políticas en detrimento de una búsqueda integral de soluciones, sólo creará procesos cosméticos y vacuos, que tarde o temprano serán descubiertos. Hablar de raza o mejoramiento racial supone un movimiento de inclusión de algunos grupos, a la vez que la exclusión de otros. Y frente a estas pretensiones, siempre "la diversidad humana resultó un dato empírico insuperable" (p. 50). ¿Por qué no cambiar el rumbo entonces y hablar de la humanidad, como un gran conjunto de hombres y mujeres que necesita ponderar los valores éticos frente a diversas prácticas impostoras de "felicidad" y "éxito" fugaces? ¿Por qué sigue viva esta obsesión por la vida perfecta?

Octavio Márquez Mendoza

Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

omarquezm@uaemex.mx

Atualização científica

Esta seção destina-se à apresentação de resumos e comentários de artigos científicos recentes.

GRADY, C. Payment of clinical research subjects.

The Journal of Clinical Investigation 2005; 115(7): 1681-87.

Neste artigo, Christine Grady discute diferentes práticas que envolvem a oferta de pagamentos para sujeitos de pesquisas clínicas. A bioeticista do Departamento de Bioética Clínica dos National Institutes of Health (NIH) defende, entre outros meios, o pagamento financeiro como forma de incentivar e facilitar o processo de recrutamento de participantes para ensaios clínicos.

A autora apresenta breve histórico sobre o pagamento em pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), informando que tal prática encontra-se formalmente documentada naquele país desde 1820, quando Willian Beaumonr ofereceu alimentação, alojamento, vestuário e 150 dólares para estudar um estrangeiro canadense ferido por arma de fogo. Em 1900, foram destinados 100 dólares em ouro aos indivíduos submetidos a picadas de mosquitos infectados pela "febre amarela"; como bônus, mais 100 dólares em ouro eram destinados àqueles infectados pelo vírus estudado.

Ao interpretar o texto de Grady devemos levar em consideração o local de fala da autora. O NIH foi uma entre outras instituições estadunidenses e brasileiras que, em 2006, conduziu no Brasil, à revelia da norma local, um estudo onde indivíduos de uma comunidade ribeirinha na fronteira com a Venezuela foram "incentivados", mediante o pagamento de seis a dez dólares por dia, a submeter-se a sessões de picadas de mosquitos não infectados e infectados pelo parasita causador da malária.

A autora afirma que atualmente as práticas de pagamento são corriqueiras nos EUA e destaca que em certas áreas clínicas, tais como nas pesquisas relacionadas com a asma, HIV ou com o campo dermatológico, é comum a prática do pagamento aos participantes, enquanto que em outras áreas, como a oncologia, caracterizam-se pela par-

ticipação voluntária. Grady considera que a norma regulamentadora estadunidense falha na orientação aos pesquisadores, pois não especifica as regras sobre pagamentos de sujeitos de pesquisas clínicas.

A partir dessas colocações gerais, a bioeticista propõe uma categorização em quatro "modelos de pagamentos" ofertados em estudos com humanos: I - modelo de mercado; II - modelo de pagamento de salários; III - modelo de reembolso; e IV - modelo de apreciação.

O modelo de mercado utiliza o pagamento para incentivar sujeitos a participarem de pesquisas e o montante oferecido é regulado pela relação entre demanda e oferta. Assim, estudos que precisam de pessoas com doenças ou características raras oferecem mais dinheiro, enquanto que estudos com muitos potenciais participantes podem oferecer pouco ou dinheiro nenhum. No modelo de livre mercado a quantidade de dinheiro pode ser aumentada para superar a aversão ao risco que indivíduos podem ter a certas pesquisas. Para garantir que os sujeitos permaneçam nos estudos enquanto for necessário, este modelo permite que "bônus" e os *escalaring* incentives sejam condicionados à conclusão ou colaboração contínua do participante junto à pesquisa.

O pagamento de salários deve ser oferecido como compensação por tempo ou contribuição do sujeito para com a pesquisa. O montante poderia ser calculado a partir da quantidade de horas que o indivíduo dedica ao estudo, "com possíveis adições limitadas por inconvenientes". No modelo de reembolso, o pagamento é oferecido aos participantes para cobrir suas despesas reais, tais como transportes, refeições e estacionamento, ou mesmo por perda de honorários. O último modelo abrange as recompensas ou "agradecimentos" pela participação do sujeito na pesquisa. O reconhecimento, segundo Grady, pode ser demonstrado através da atribuição de algum valor de dinheiro, mas também com presentes não monetários.

A autora sustenta que a negação da possibilidade de pagamento para sujeitos autônomos com poucas oportunidades para ganhar dinheiro restringe ainda mais as suas opções, embora defenda limitações para a quantia paga, visando à inibição de "influências indevidas". Para evitar induções indevidas, Grady indica que o pagamento só deverá ser permitido quando a relação risco-benefício de um estudo encontrar-se eticamente aceitável por membros de comitês institucio-

nais. Reforça ainda que a oferta de dinheiro para sujeitos de pesquisa constitui uma "oportunidade" e não uma "ameaça" e, portanto, não deve ser percebida como coerção. Dentre os quatro modelos, considera que a oferta de salário é o mais correto do ponto de vista ético, pois reconhece a contribuição do participante e pode ser relativamente padronizada entre os estudos, facilitando a regulamentação.

Christine Grady ressalta que o dinheiro não é o único incentivo que leva sujeitos a participar de pesquisas. Outros fatores incluiriam a curiosidade, o altruísmo, a busca pela sensação de atendimento prestado pelos médicos, esperança de benefício terapêutico pessoal, etc. A bioeticista posiciona-se de modo frágil frente às considerações sobre a injustiça que há no fato de a vulnerabilidade socioeconômica de certos participantes os levarem a submeter-se a pesquisas com maiores encargos e riscos. A autora desdenha a questão afirmando que, ao menos nos EUA, os sujeitos das pesquisas clínicas tendem a ser assegurados por planos de saúde e, geralmente, não se enquadram como economicamente desfavorecidos. Talvez essa consideração não faça sentido nem nos próprios EUA, onde milhões de imigrantes e miseráveis não tem acesso à saúde, mas é ainda mais problemática se aplicada ao caso do Brasil, onde os potenciais sujeitos de pesquisas clínicas muitas vezes são captados nos serviços públicos de saúde, que no geral representam a camada mais pobre e menos instruída da população.

Quanto aos participantes vulnerabilizados por alguma enfermidade, Grady considera que o pagamento pode oferecer ao "sujeito-paciente" um marco de distinção entre terapia e pesquisa. Com referência às ofertas de pagamentos em pesquisa pediátricas, informa que a Academia Americana de Pediatria recomenda troca de presentes, ao invés de dinheiro, para as crianças participantes de pesquisas, embora muitas instituições "parecem não seguir estas recomendações".

A autora afirma que o pagamento a sujeitos de pesquisa é uma prática difundida pelos EUA, e ao concluir defende de que não há nada inerentemente antiético no pagamento de sujeitos de pesquisa clínica. Legítima que pesquisadores ofereçam dinheiro aos sujeitos da pesquisa como incentivos para participação, compensação justa por contribuição, e restituição por gastos financeiros, apontando o modelo de salários com o mais apropriado entre os quatro apresentados. Finaliza o artigo com a sugestão para que se aprofundem diálogos, análises

ses conceituais, e trabalhos empíricos sobre a prática do pagamento a sujeitos de pesquisa clínica.

Por diversos motivos, as proposições de Grady são problemáticas. No Brasil, a Resolução CNS 196/96 parece categorizar de forma mais acertada as formas de pagamento, distinguindo dois momentos específicos onde o pagamento de sujeitos de pesquisas pode ser justificado: quando da indenização por dano imediato ou tardio causado pela pesquisa ou quando do ressarcimento por compensação de gastos decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

Essa distinção não abre espaço - ou pretende não abrir - para que remuneração financeira seja oferecida como incentivo para sujeitos humanos participarem de pesquisas. Tal proteção é necessária, pois em contexto de iniquidade social tão dramática como a do Brasil e de outros países periféricos o incentivo financeiro para pesquisas certamente atrairia exatamente aquelas pessoas mais necessitadas.

Thiago Rocha da Cunha

Programa de Pós-Graduação em Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

thiagocunha@unb.br

Documentos

Esta seção destina-se a apresentar documentos de interesse relevante para a bioética

Apresentação

Ética nas pesquisas: a América Latina não se dobra

Em outubro de 2008, durante a reunião anual da Assembléia Médica Mundial (AMM) realizada em Seul, Coréia do Sul, depois de mais de uma década de idas e vindas, escaramuças e combates, as pressões relacionadas com a introdução de mudanças profundas na Declaração de Helsinque (DH) propostas pelo National Institute of Health (NIH) dos Estados Unidos (EUA) e outras instituições, empresas e países interessados, acabaram vencendo (1). Os antigos tópicos 19, 29 e 30, conhecidos e reconhecidos historicamente, desde 1964, como garantia de defesa dos mais vulneráveis no campo da ética em pesquisa – principalmente nos ensaios clínicos multicêntricos com cooperação estrangeira – foram substancialmente modificados. O duplo standard ético de pesquisa passou a ser aceito, tendo como base os argumentos de possíveis benefícios futuros para todos e da necessidade de uma maior “flexibilização” nos parâmetros de referência internacional. Da mesma forma, foi cancelado o compromisso dos patrocinadores das pesquisas para com os sujeitos das mesmas por ocasião do término dos estudos (2,3); ou seja, os sujeitos das pesquisas deixaram de ser os “sujeitos” propriamente ditos dos estudos clínicos, para se transformar em “objetos” com vistas ao alcance de outras finalidades, certamente lucrativas... Immanuel Kant deve estar se remoendo na tumba, pois sua máxima de que “todo homem é um fim em si mesmo” acabou superada pelo capitalismo selvagem, após mais de dois séculos de resistência ética.

O Brasil, juntamente com África do Sul, Portugal e Uruguai, foi voto vencido na AMM. Imediatamente o Ministro da Saúde brasileiro, com apoio do nosso Conselho Nacional de Saúde, tornou os referenciais da nova DH inválidos para a prática das pesquisas clínicas no país, reforçando a soberania nacional neste delicado campo do saber

e da prática clínica.

Poucos dias após a reunião de Seul, a Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da UNESCO – REDBIOÉTICA – promoveu em Córdoba, Argentina, seu 3º. Congresso, que teve a participação de mais de 300 pesquisadores de 10 países da região. O sentimento com relação às recentes mudanças na DH era de indignação. Com esse espírito democrático e em defesa dos interesses das populações mais frágeis, os congressistas, tendo como relator principal o professor argentino Sergio Cecchetto, aprovaram por aclamação, na plenária final do evento, a chamada *Declaração de Córdoba sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos*, que tece duras críticas às mudanças efetuadas e propõe a substituição da *Declaração de Helsinque pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO - Paris/2005* (4). Com um referencial de fundo mais amplo e democrático como a Declaração da UNESCO, segundo a REDBIOÉTICA, é dever de cada país construir suas próprias legislações soberanas, livres de paternalismos e injunções imperialistas provenientes dos países mais poderosos e ricos (5).

Referências

1. Garrafa V, Lorenzo C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. Em publicação - Revista da Associação Médica Brasileira / RAMB, Volume 55, número 4, Setembro/outubro 2009.
2. Garrafa V, Prado MM. Tentativas de mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. Cad Saud Pub. 2001; 17(6):1489-96.
3. Garrafa V, Prado MM. Alterações na Declaração de Helsinque- a história continua. Bioética (CFM); 2007, 15(1):11-25.
4. Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br> Acessado em 26/11/2008.
5. Garrafa V, Lorenzo C. Moral imperialism and multi-centric clinical trials in peripheral countries. Cad Saud Pub. 2008; 24(10):2219-26.

Volnei Garrafa

Cátedra UNESCO de Bioética e Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

volnei@unb.br

**RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE BIOÉTICA –
REDBIOETICA / UNESCO**

**DECLARACION DE CÓRDOBA SOBRE ÉTICA EN
INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS**

VISTO QUE

La Asociación Médica Mundial en la ciudad de Seúl (Corea del Sur) el 18 de octubre de 2008 revisó por 6ta. vez la Declaración de Helsinki e introdujo en ella modificaciones respecto del uso de placebo y de las obligaciones de los patrocinadores una vez concluida la investigación.

Y CONSIDERANDO QUE

- El acceso al sistema de salud para las personas y los pueblos del mundo es un derecho fundamental y una responsabilidad de todos, que no puede sufrir merma ni fragmentaciones arbitrarias que la subordinen a otros intereses.

- La investigación médica es un medio para contribuir de forma tangible al conocimiento humano, que supone asumir riesgos pero no autoriza a que éstos sean innecesarios ni que pongan en peligro la salud y la vida de las personas;

- Los documentos internacionales sobre ética de la investigación amplían la comprensión de los principios éticos insertos en el proceso de investigación médica.

- Tales documentos internacionales exigen que todo ser humano, donde quiera se encuentre, pueda beneficiarse con los progresos de la ciencia y la tecnología dentro del respeto por los derechos y las libertades fundamentales de las personas.

- Asimismo reconocen la vulnerabilidad intrínseca de todo ser humano y la vulnerabilidad específica de algunos individuos y grupos, los cuales deben ser especialmente protegidos.

ALERTA QUE

▪ La versión recientemente modificada de la Declaración de Helsinki puede afectar gravemente la seguridad, el bienestar y los derechos de las personas que participan en carácter de voluntarios en protocolos de investigación médica;

▪ La aceptación de estándares diferentes de cuidados médicos, sea por pretendidas razones metodológicas, científicas o apremiantes; así como también el uso liberalizado de placebos, son prácticas de investigación éticamente inaceptables y contrarias a la idea de la dignidad humana y de los derechos humanos y sociales;

▪ El desconocimiento de obligaciones postinvestigación hacia las personas que voluntariamente participaron en los estudios y hacia las comunidades anfitrionas, vulnera la integridad de los pueblos ampliando la inequidad social y lesionando la propia noción de justicia.

Y PROPONE A TODOS LOS PAÍSES GOBIERNOS Y ORGANISMOS OCUPADOS CON LA TEMÁTICA BIOÉTICA Y LOS DERECHOS HUMANOS:

▪ Rechazar la 6ta. versión de la Declaración de Helsinki aprobada en Corea del Sur en Octubre de 2008 por la Asociación Médica Mundial.

▪ Adoptar como marco de referencia ético normativo, los principios contenidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos promulgada por aclamación en octubre de 2005 por la Conferencia General de la UNESCO.

Córdoba, República Argentina, 14 de noviembre de 2008.

Lista de Pareceristas do volume 4

Ana Maria Tapajós (DF)
Antônio Carlos Rodrigues da Cunha (DF)
Cláudio Cohen (SP)
Cláudio Lorenzo (BA)
Délio Kipper (RS)
Dirceu Greco (MG)
Dora Porto (DF)
Edvaldo Dias Carvalho Júnior (DF)
Elias Abdalla Filho (DF)
Elma Zoboli (SP)
Fermin Roland Schramm (RJ)
José Eduardo de Siqueira (PR)
José Roque Junges (RS)
Laís Zau de Araújo (AL)
Marilena Corrêa (RJ)
Marlene Braz (RJ)
Nilza Maria Diniz (PR)
Paulo Antonio de Carvalho Fortes (SP)
Rita Leal Paixão (RJ)

Pareceristas Ad hoc

Aline Aluquerque S. de Oliveira (DF)
Armando Martinho Bardou Raggio (DF)
César Grizólia (DF)
José Paranaguá de Santana (DF)
Lylian Marly de Paula (DF)
Luzitano Brandão Ferreira (DF)
Marcio Rojas (DF)
Maria Luisa Pfeiffer (Buenos Aires - Argentina)
Telma Noletto (GO)

Normas Editoriais

PORTUGUÊS

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções:

- Artigos originais – produção de natureza conceitual, documental ou resultante de pesquisa empírica, no campo da ética, ou revisão crítica relacionada a esta temática; submetidos ao Conselho Editorial.

- Resenha de livros - apresentação e análise de publicações recentes; a critério dos editores.

- Atualização científica - resumo e comentários de artigos científicos recentes; a critério dos editores.

- Relação de teses, dissertações e monografias.

Requisitos para apresentação de trabalhos

- Serão aceitos artigos originais, resenhas de livros ou atualização científica em português, espanhol e inglês. Em cada caso devem ser seguidas as regras ortográficas correntes do idioma escolhido.

- Os trabalhos apresentados devem ser enviados por meio eletrônico, email, disquete ou CD, em processador de texto compatível com Windows.

- Os trabalhos submetidos não podem ter sido encaminhados a outros periódicos.

- As opiniões e conceitos apresentados nos artigos, assim como a procedência e exatidão das citações são responsabilidade exclusiva do(s) autor(es)

- As colaborações individuais de cada autor na elaboração do artigo devem ser especificadas ao final do texto (ex. DJ Kipper trabalhou na concepção do trabalho e na revisão final e G Oselka, no delineamento e aplicação da pesquisa).

- A revista não publicará gráficos, tabelas ou fotografias.

- Os artigos publicados serão propriedade da RBB, sendo autorizada sua reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, desde que citada a fonte.

Identificação de artigos originais

- O artigo deve ser precedido do título no idioma utilizado no texto, em caixa baixa, seguido, quando for o caso, por sua tradução em inglês, em itálico e negrito.

- Sob o título devem constar o(s) nome(s) do(s) autor(es), a instituição à qual está(ão) ligado(s), a cidade, estado e país.

- A identificação deve trazer ainda o endereço eletrônico do(s) autor(es).

Formatação de artigos originais

- Após a identificação, os artigos em português ou espanhol devem trazer um resumo conciso, com um máximo de 1.200 caracteres no idioma original, além de sua tradução para o inglês (abstract) com a mesma característica. Aos artigos submetidos em inglês solicita-se apenas o abstract.

- Cada resumo deve ser acompanhado de no mínimo quatro e no máximo de seis

palavras-chave, descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas no final do resumo na língua original e em inglês (key words).

- Notas de rodapé: deverão ser apresentadas no formato de pé de página, sem ultrapassar cinco linhas, seguidas de autor e data.

- O tamanho limite dos artigos é de 8.000 palavras, formatado em papel A4, letra Times New Roman, tamanho de fonte 12, espaço 1,5, com margens de 2,5cm.

- O limite de palavras inclui o texto e referências bibliográficas (a identificação do trabalho e o resumo são considerados à parte).

- Sugere-se que os textos sejam divididos em seções, com os títulos e subtítulos, quando necessário. Cada uma dessas partes ou sub-partes deve ser indicada apenas com recursos gráficos como negrito, recuo na margem em subtítulos nunca por numeração progressiva.

- As citações não deverão exceder cinco (5) linhas e não devem ser consecutivas.

- Quando um autor for citado no corpo do texto, colocar unicamente o número da referência, em fonte normal sem subscrito, entre parênteses.

- Documentos no corpo do texto devem ser citados em itálico.

- A publicação de trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos é de inteira responsabilidade dos autores e deve estar em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além de atender a legislação específica do país onde a pesquisa foi desenvolvida.

Os editores reservam-se o direito de promover alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical nos textos com vistas a manter o padrão culto da língua e a melhor compreensão dos artigos, respeitando, porém, o estilo dos autores. As provas finais não serão enviadas aos autores.

Nomenclatura

- Devem ser observadas as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- Não serão aceitas abreviaturas no título e no resumo.

- A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Agradecimentos

- Quando for necessário, o(s) agradecimento(s) deve(m) ser colocado(s) ao final do texto, imediatamente antes das referências bibliográficas, em itálico.

- Da mesma forma, quando o trabalho for uma adaptação de palestra ou conferência. Nesse caso especificar o evento, local e ano.

Referências

- As referências devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto.

- As referências devem ser identificadas por número arábico (1).

- As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).

- Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus

(<http://www.nlm.nih.gov/>).

- O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.
- Todas as referências citadas no texto devem fazer parte das referências bibliográficas. Títulos de livros, locais e editoras não devem ser abreviados.
- Nas referências, artigos com vários autores devem incluir até seis (6) nomes seguidos de et al. quando exceder esse número.
- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

ESPAÑOL

Se aceptan trabajos para las siguientes secciones:

- Artículos originales – producción de naturaleza conceptual, documental o resultante de investigación empírica, en el campo de la ética, o revisión crítica relacionada con esta temática; deben ser aprobados por el Consejo Editorial.
- Reseñas de libros – presentación y análisis de publicaciones recientes; deben ser aprobadas por los editores.
- Actualización científica – resumen y comentarios de artículos científicos recientes; los textos deben ser aprobados por los editores.
- Relación de tesis y monografías.

Requisitos para la presentación de trabajos

- Se aceptarán artículos originales, reseñas de libros o actualización científica en portugués, español e inglés. En cada caso deben ser respetadas las reglas ortográficas corrientes del idioma elegido.
- Los trabajos presentados deben ser enviados en medio electrónico, e-mail, disquete o CD-ROM, en procesador de texto compatible con el Windows.
- Los trabajos presentados no pueden haber sido presentados a otros periódicos.
- Las opiniones y conceptos presentados en los artículos, así como su procedencia y la exactitud de las citas son de responsabilidad exclusiva de los autores.
- Las colaboraciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo deben ser especificadas en el fin del texto (por ejemplo, DJ Kipper trabajó en la concepción del trabajo y en la revisión final y G Oselka en el delineamiento y en la aplicación de la investigación).
- La revista no publicará gráficos, tablas o fotografías.
- Los artículos publicados serán de propiedad de la RBB, siendo permitida su reproducción total o parcial en cualquier medio de divulgación, impresa o electrónica, desde que se cite la fuente.

Identificación en los artículos originales

- El artículo debe ser precedido del título en el idioma utilizado en el texto, en caja baja, seguido, según el caso, por su traducción en inglés, en cursivas y negritas.
- Abajo del título deben estar el nombre del autor (o de los autores), la institución a la cual pertenece, la ciudad, estado y país.
- La identificación también debe contener el e-mail del autor o autores.

Normas de estilo para los artículos originales

- Luego abajo de la identificación del autor, los artículos en portugués o español deben contener un resumen conciso, con no más de 1200 caracteres en el idioma original, además de su traducción para el inglés (abstract) con las mismas características. En los artículos presentados en inglés es necesario solamente el abstract.

- Cada resumen también debe ser seguido de por lo menos cuatro y no más de seis palabras clave, que describan el contenido del trabajo, en la lengua original y en inglés (key words)

- Notas: deberán estar en pie de página, con no más de cinco líneas, seguidas por referencias a autor y fecha.

- Los artículos deben tener como máximo 8000 palabras, en el formato de papel A4, letra Times New Roman, fuente 12 pt, espacio 1.5, con márgenes de 2.5 cm.

- El límite de palabras incluye el texto y las referencias bibliográficas (la identificación el trabajo y el resumen no son considerados en este límite).

- Se sugiere que los textos sean divididos en secciones, con títulos y subtítulos, si necesario. Cada una de esas partes o subpartes debe ser indicada con recursos gráficos como negritas, modificación de los márgenes, y nunca por numeración progresiva.

- Cuando un autor es citado en el cuerpo del texto, se debe poner solamente el número de la referencia, en fuente normal sin subrayados, entre paréntesis.

- Documentos en el cuerpo del texto deben ser citados en cursivas.

- La publicación de trabajos de investigación con seres humanos es de completa responsabilidad de los autores y debe estar de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000), además de respetar la legislación específica del país en el cual se desarrolló la investigación.

Nomenclatura

- Deben ser respetadas las reglas de nomenclatura biomédica, así como abreviaturas y convenciones adoptadas en disciplinas especializadas.

- No se aceptan abreviaturas en el título y en el resumen.

- La designación completa a la cual se refiere una abreviatura debe preceder la primera ocurrencia de esta última en el texto, excepto cuando se trata de una unidad de medida estándar.

Agradecimientos

- Si necesario, los agradecimientos deben estar al final del texto, inmediatamente antes de las referencias bibliográficas.

- Lo mismo si el trabajo es una adaptación de una exposición oral o conferencia. En este caso, especificar el evento, el lugar y el año.

Referencias bibliográficas

- Las referencias bibliográficas deben ser numeradas de forma consecutiva, de acuerdo con el orden en que sean citadas en el texto.

- Las referencias bibliográficas deben ser identificadas por números arábigos (1)

- Las referencias bibliográficas citadas deben estar al fin del artículo, en orden numérica, siguiendo las normas generales de los Requisitos uniformes para manuscritos presentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).

- Las abreviaturas de nombres de revistas deben estar de acuerdo con el Index

Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

- Los nombres de personas, ciudades y países deben ser citados en la lengua original de la publicación.
- Todas las referencias citadas en el texto deben estar presentes en las referencias bibliográficas. Títulos de libros, lugar de publicación y casas editoras no se abrevian.
- En las referencias bibliográficas, los artículos con varios autores pueden incluir hasta seis (6) nombres, que deberán ser seguidos por et al. en el caso de que sean más los autores.
- Todas las referencias bibliográficas deben presentarse de modo correcto y completo. La veracidad de las informaciones contenidas en la lista de referencias bibliográficas es de responsabilidad de los autores.

ENGLISH

RBB will accept issues for the sections:

- Original articles – production of conceptual or documental nature, or resulting from an empirical research, in the field of ethics, or a critical revision related to this subject; which shall be submitted to the Editorial Council.
- Book review – presentation and analysis of recent publications; according to the editors' criteria.
- Scientific update – review and commentary of recent scientific papers; according to the editors' criteria.
- List of theses, dissertations and monographs.

Requirements for presenting papers

- RBB will accept original articles, book reviews or scientific updates written in Portuguese, Spanish or English, following the orthographic rules of the chosen language.
- The papers should be submitted electronically, e-mail, diskette or CD, using a word processor compatible with Windows.
- The papers submitted should not had been sent to another publication.
- The opinions and concepts presented in the articles, as well as the procedency and the exactitude of citations are a responsibility exclusive of the author(s).
- The individual contribution of each author should be specified at the end of text (Ex.: DJ Kipper worked on the papers conception and on the final revision and G Ose-lka worked on the outline and application of the research).
- The magazine will not publish graphics, tables or photographs.
- The published articles will be propriety of RBB, and its reproduction, as a whole or a part is authorized at any divulgation mean, printed or electronic, since the source is mentioned.

Identification of original articles

- The article should have a title at the same language of the text, written at lower case letters, followed, if necessary, by its translation to English, written in italics and bold.
- Under the title should be written the author(s) name(s), the institution to which (s)he/they is/are joint, city, state and country.
- This identification should have also the author(s) e-mail.

Guidelines for original article preparation

- After identification, the articles in Portuguese or Spanish should have a concise abstract not exceeding 1.200 characters in the original language and its translation to English with the same characteristics. Articles submitted in English should have only the abstract.

- Each abstract should have a minimum of four and not exceed six key words, descriptive of the work, presented after the abstract in the original language and in English.

- Footnotes: should be typeset at the footnote format, not exceeding five lines, followed by the author's name and date.

- Articles should not exceed 8.000 words typed using 12pt Times New Roman font. The page should be A4 format, 1,5 space 2,5cm margins on all sides.

- The limit of words includes the text and bibliography (the work identification and abstract are considered separately).

- We suggest the division of texts in sections, with titles and subtitles, if necessary. Each part should be indicated by graphic resources, such as bold letter, larger space from margin, but never with progressive numbers.

- When an author is mentioned within the text, it should have just a number of reference, normal font, without underline, in parenthesis.

- Documents mentioned within the text should be written in italics.

- Publication of research works involving human beings is of entire responsibility of its author(s) and should be according to Helsinki Declaration – World Medical Association principles (1964, reviewed at 1975, 1983, 1989, 1996 and 2000), besides of being according to specific law of the country where the research is developed.

Nomenclature

- The article should follow the biomedical nomenclature rules, as well as abbreviations and conventions adopted by specialized disciplines.

- Abbreviations in the title and abstract will not be accepted.

- The complete designation of an abbreviation should appear before the first occurrence of it within the text, unless it is a standard unit of weights and measures.

Acknowledgement

- If necessary, acknowledgements should appear at the end of the text, just before bibliography.

- The same way, when the work is an adaptation of a speech or conference. In this case, it should be specified the event, place and year.

References

- References should be numerated in a consecutive way, according to the order they are mentioned in the text.

- The numbers should be Arabic numerals (1, 2, 3 etc.).

- References mentioned should be listed at the article end, in numerical order, following the rules presented at Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).

- Publications names should be abbreviated according to Index Medicus (<http://>

www.nlm.nih.gov/).

- The name of author, city and country should be mentioned in the original language of the publication.
- All references mentioned in the text should appear at bibliography. Book titles, place and publishing house should not be abbreviated.
- In the references, articles of many authors should include up to six (6) names followed by et al. When there are more than six authors.
- All references should be presented in a complete and correct way. The veracity of information present in the list of references is a author(s) responsibility.

EXEMPLOS DE COMO CITAR REFERÊNCIAS

EJEMPLOS DE CITACIÓN

WRITING REFERENCES

Periódicos/ Periódico/ Periodic publication:

Artigo padrão/ Artículos/ Standart article

Schramm FR. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6(1):27-38. Costa SIF. *Bioética clínica e a terceira idade. Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(3):279-88.

Instituição como autor/ Institución como autor/ Institution as author:

UNESCO. Esboço da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(2):213-27.

Sem indicação de autoria/ Sin indicación de autor/ without author:

Bioethics colonialism? (Editorial). *Bioethics* 2004; 18(5):iii-iv.
445 Volume 1, no 4, 2005

Livro/ Libro/ Book

Indivíduo como autor/

Oliveira MF. *Oficinas mulher negra e saúde*. Belo Horizonte: Mazza; 1998.

Editor ou organizador como autor/ Editor ou organizador como autor/ Editor or organizer as author

Garrafa V, Kottow M & Saada A. (orgs.) *Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia/UNESCO, 2006.

Capítulo de livro/ Capítulo de libro/ Chapter of book

Anjos MF. *Bioética: abrangência e dinamismo*. In: Barchifontaine CP & Pessini L. (orgs.) *Bioética: alguns desafios*. São Paulo: Loyola; 2001. p. 17-34.

Tese - Dissertação/ Tesis - Monografía/ Thesis - Dissertation:

Albuquerque MC. *Enfoque bioético da comunicação na relação médico-paciente nas unidades de terapia intensiva pediátrica (tese)*. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2002.

Resumo em Anais de Congresso ou trabalhos completos em eventos científicos:

Caponi S. *Os biopoderes e a ética na pesquisa*. In: *Anais do VI Congresso Mundial*

de Bioética; 2002, Brasília, Brasil. p. 219

Selli L, Bagatini T, Junges JR, Kolling V & Vial EA. Enfoque bioético da integralidade: uma leitura a partir do Programa de Saúde da Família. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética del Mercosur; 2005, Foz do Iguaçu, Brasil, p.173.

Publicações de Governo/ Publicaciones de gobierno/ Government publications:

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS nº 196/96 e outras). Brasília, Brasil. Ministério da Saúde; 2002.

Documentos jurídicos/ Documentos jurídicos/ Law documents:

Brasil. Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Regulamenta os incisos II e V do parágrafo 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 6 jan., 1995.

Internet:

Segre M. A propósito da utilização de células-tronco. <http://www.consciencia.br/reportagens/celulas/11.shtml> (acesso em 5/Set/2004).

Para onde enviar/ Dirección de correo/ Address for sending works:

Revista Brasileira de Bioética
Cátedra Unesco de Bioética da UnB
Caixa Postal 04451
CEP 70904-970, Brasília, DF, Brasil
rbbioetica@unb.br

**Programa de Pós-Graduação em Bioética
Cátedra da UNESCO de Bioética
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília
Caixa Postal 04451
70904-970, Brasília, DF
bioetica@unb.br**